

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

ANNÉE 1964 — N° 95

Traitement Chirurgical de l'Ulcère perforé

Résultats immédiats et éloignés

THÈSE

présentée

A LA FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 19 Juin 1964

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

Xavier DELORE

Interne des Hôpitaux de Lyon

né le 7 Octobre 1937

à Lyon (Rhône)

IMPRIMERIE M. DÉGOUTTE
BOËN-SUR-LIGNON (LOIRE)

1964

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

ANNÉE 1964 — N° 95

Traitement Chirurgical de l'Ulcère perforé

Résultats immédiats et éloignés

THÈSE

présentée

A LA FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 19 Juin 1964

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

Xavier DELORE

Interne des Hôpitaux de Lyon

né le 7 Octobre 1937

à Lyon (Rhône)

IMPRIMERIE M. DÉGOUTTE
BOËN-SUR-LIGNON (LOIRE)

1964



PERSONNEL DE LA FACULTÉ

DOYENS HONORAIRES

M. LEPINE J.
Membre de l'Institut

M. HERMANN H.
Correspondant de l'Institut

DOYEN

J. F. CIER

ASSESEURS

MM. M. LEVRAT - L. REVOL

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. COLLET, GUIART, PATEL, LEPINE, TRILLAT, MOURIQUAND, MAZEL, GARIN, GATE, MARTIN, GABRIELLE, SANTY, DUCLOS, GUILLEMINET, HERMANN, ROCHET.

PROFESSEURS

MM.
CIBERT
PONTTHUS
(détaché à Beyrouth)

DECHAUME
CHAMBON
WERTHEIMER
PAUPERT-RAVAULT
FROMENT
CROIZAT
ENSELME
MALLET-GUY
REVOL
POLLOSSON
PIGEAUD
BOURRET
LEVRAT
SOHIER
NETIEN
BERTRAND
BADINAND
DREVON
ROCHE
COUDERT
MOUNIER-KUHN
PAUFIQUE
THIERS
BRUN
CREYSSSEL

Clinique urologique
Physique biologique

Clinique neuro-psychiatrique et d'hygiène mentale
Chimie organique et toxicologie
Clinique chirurgicale B
Clinique médicale B
Clinique et prophylaxie cardio-vasculaires
Clinique médicale C
Chimie biologique et médicale
Clinique chirurgicale A
Pharmacie galénique
Clinique gynécologique
Clinique obstétricale
Médecine du Travail
Clinique médicale A
Hygiène et action sanitaire et sociale
Botanique et cryptogamie
Clinique chirurgicale C
Chimie analytique pharmaceutique
Pharmacie chimique et pharmacologie
Médecine légale et déontologie
Parasitologie et pathologie exotique
Clinique d'oto-rhino-laryngologie et d'audio-phonologie
Clinique ophtalmologique
Clinique de dermatologie, syphiligraphie et allergologie
Clinique de pneumo-phthisiologie
Chaire de clinique chirurgicale orthopédique et traumatologie
Clinique carcinologique
Anatomie pathologique
Pathologie générale et expérimentale
Anatomie
Pathologie chirurgicale
Thérapeutique

DARGENT
GUICHARD
GIRARD Paul
LATARJET
PEYCELO
GIRARD Marcel

VACHON
GALY
PAPILLON
JEUNE
GONIN

Pathologie médicale
Physio-pathologie des voies respiratoires
Radiologie
Clinique des maladies infectieuses
Hydrologie thérapeutique, climatologie et écologie sociale
Bactériologie
Physiologie et pathologie obstétricales
Physiologie B
Clinique endocrinologique
Clinique de chirurgie orthopédique
Clinique stomatologique
Clinique de chirurgie et d'orthopédie infantiles
Matière médicale et législation pharmaceutique
Histologie et embryologie
Chimie
Physiologie A
Thérapeutique chirurgicale et chirurgie opératoire
Clinique de chirurgie cardiaque
Clinique médicale infantile et hygiène du premier âge
Biologie médicale et pharmacodynamie

MONNET
BANSSILLON
CHATONNET
GUINET
TRILLAT
FREIDEL
MARION Joseph
DORCHE
DUMONT Louis
PERROT
CIER J.-F.
PERRIN Jean
MICHAUD Pierre
X...
X...

PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL

MM.
BERGER
BERTOYE
MANSUY
COLLET
SARROUY
LACROIX
LIARAS
LECUIRE
REVOL
GOINARD
CIER André

Physique nucléaire appliquée à la médecine
Bactériologie
Neuro-Chirurgie
Chimie générale et pharmaceutique
Clinique de pédiatrie
Hygiène et clinique des maladies des pays chauds
Clinique chirurgicale propédeutique
Neuro-chirurgie
Médecine générale
Thérapeutique chirurgicale
Pharmacie Chimique et Pharmacologie

PROFESSEURS SANS CHAIRE

MM.
ROMAN
FEROLDI
MORET

Parasitologie
Anatomie pathologique
Physique biologique

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES TITULAIRES

MM.
CREYSSSEL Roger
THIVOLET
GARIN
PINET
ODDOUX
de SOLLIERS
TOLOT
DESPIERRES
GUYOTAT
DESCOTES
JOUVET
PEYRIN
TOMMASI
BUFFARD
LEJEUNE
de MOURGUES F.
NAUSSAC

Chimie biologique
Hygiène
Parasitologie
Electro-radiologie
Botanique et cryptogamie
Chimie analytique
Médecine du travail
Médecine générale
Neuro-psychiatrie
Chirurgie générale
Pathologie expérimentale
Physique biologique
Anatomie pathologique
Electro-radiologie
Médecine générale et thérapeutique
Stomatologie
Maladies infectieuses

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES STAGIAIRES

MM.	
REBOUILLAT	Chirurgie générale
ROMAGNY	Pédiatrie
DELAHAYE J.P.	Médecine générale
DELEUZE	Anesthésiologie
GIRAUD	Electro-radiologie diagnostic et thérapeutique
MICHEL	Anesthésiologie
FRANÇOIS	Pédiatrie et puériculture
MICHOULIER	Chirurgie générale
COLOMB	Dermatologie
LAMBERT	Médecine générale
FRIES	Médecine générale
GILLY	Pédiatrie

AGREGES EN EXERCICE

MM.	
DUROUX	Anatomie
BRETTE	Thérapeutique
BOUCHET	Anatomie
FAVRE-GILLY	Hématologie
GIROD	Histologie et embryologie
GRAS	Chimie biologique
MALLEIN	Chimie analytique
RIFPAT	Hygiène
FAUCON	Biologie médicale et pharmacodynamie
FLANDROIS	Physiologie
VIALIER-RAYNARD	Bactériologie
BURTHIAULT	Obstétrique
GIGNOUX	Oto-rhino-laryngologie
GUILLEMIN	Chirurgie générale
JAUBERT de BEAUJEU	Chirurgie générale
MARION Pierre	Chirurgie générale
PLAUCHU	Médecine générale
PONT	Médecine générale
SAUTOT	Chirurgie générale
TRAEGER	Médecine générale
VIGNON	Médecine générale
BONAMOUR	Ophthalmologie
COLIN	Médecine générale
de MOURGUES Georges	Chirurgie générale
DEVIC	Médecine générale
DUMONT Martial	Obstétrique
DURAND	Urologie
FRANCILLON	Chirurgie générale
SAUBIER	Chirurgie générale
SCHOTT	Neuro-psychiatrie
ALLEGRE	Neuro-chirurgie
CHASSARD	Electro-radiologie
FAYSSE	Orthopédie
GAILLARD	Oto-rhino-laryngologie
GARDE	Médecine générale
HUGONNIER	Ophthalmologie
K ALB	Pneumo-phthisiologie
LARBRE	Médecine générale

A LA MEMOIRE DE MON GRAND-PERE

Nous ne l'avons hélas connu qu'à travers les souvenirs qu'il a laissés. Il a toujours représenté pour nous un idéal d'homme et de chirurgien. Notre ambition est d'être digne de lui.

A MA GRAND-MERE

Avec notre respect et notre tendresse.

A MES PARENTS

Nous leur dédions cette thèse en témoignage de notre affection et de notre reconnaissance. Leur force morale nous a été un exemple et une leçon pour la vie.

A LA MEMOIRE DE MON ONCLE

LE PROFESSEUR PIERRE DELORE

A TOUS LES MIENS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553204_0056

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PEYCELON

Nous avons découvert avec lui la Chirurgie. Quelques années plus tard nous avons retrouvé avec la même joie l'ambiance de sympathie qu'il a créée autour de lui par sa cordialité, sa simplicité, sa confiance généreuse.

Il nous a fait l'honneur d'accepter notre collaboration dans son Service. Nous l'en remercions vivement car avec l'assurance d'un enrichissement chirurgical dirigé par une expérience incomparable, nous aurons celle de garder notre jeunesse d'esprit et notre enthousiasme à son contact.

Nous l'assurons de notre dévouement.

AUX MEMBRES DE NOTRE JURY :

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LEVRAT

Ce n'est pas sans quelques appréhensions que nous attendons les critiques de son intelligence si renommée et qui a tant fait pour résoudre les problèmes posés par l'ulcère gastro-duodéal. Le modeste chirurgien que nous sommes s'excuse de l'insuffisance et de l'étroitesse de ses aperçus.

Nous lui sommes très reconnaissant d'avoir accepté de juger notre travail.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGE GUILLEMIN

Nous terminons notre internat dans son Service et en regretterons d'autant plus ces années heureuses. Nous avons trouvé en lui un Maître accueillant, souriant, à l'intérêt toujours en éveil pour les hommes comme pour la chirurgie, dont l'enthousiasme résoud tous les problèmes.

Nous le remercions de son enseignement et l'assurons de notre profond attachement.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGE DESCOTES

Nous lui devons beaucoup. Son intelligence, son sens de l'avenir, son dévouement lui permettent d'ajouter à sa personnalité chirurgicale une ténacité de chercheur que n'effraient pas les tâches difficiles. Il nous a fait comprendre ce que doit être la chirurgie de notre époque.

Nous le remercions de nous avoir encouragé au travail et de nous avoir instruit de son expérience.

A NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX

Externat :

Monsieur le Professeur SANTY
Monsieur le Professeur agrégé JAUBERT de BEAUJEU
Monsieur le Professeur agrégé DESJACQUES
Monsieur le Professeur agrégé SCHOTT
Monsieur le Professeur PEYCELON
Monsieur le Professeur P. RAVAUULT
Monsieur le Professeur M. GIRARD

Internat :

Monsieur le Professeur LABRY
Monsieur le Professeur agrégé DESJACQUES
Monsieur le Docteur GODINOT
Monsieur le Professeur DARGENT
Monsieur le Professeur MALLET-GUY
Monsieur le Professeur MAILLET
Monsieur le Professeur WERTHEIMER
Monsieur le Professeur agrégé SAUTOT
Monsieur le Professeur agrégé DESCOTES
Monsieur le Professeur PEYCELON
Monsieur le Professeur MICHAUD
Monsieur le Professeur agrégé SAUBIER
Monsieur le Professeur agrégé MARET
Monsieur le Professeur agrégé GUILLEMIN

A NOTRE CONFERENCIER DE CHIRURGICAT

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGÉ MARET

Sa dialectique implacable, sa science inépuisable, sa
curiosité d'esprit nous ont beaucoup instruit.

Nous l'assurons de notre vive reconnaissance.

A MONSIEUR LE DOCTEUR JEGOU

dont nous avons apprécié les conseils.

A NOS CONFERENCIERS D'EXTERNAT ET D'INTERNAT

MESSIEURS LES DOCTEURS JUVANON, MANSOURI et COSSON

A NOS CAMARADES ET A NOS AMIS.

INTRODUCTION

Tout a été écrit sur la chirurgie de la perforation d'ulcère. C'est une urgence que l'on voit fréquemment, raison majeure pour qu'elle intéresse le chirurgien.

Depuis bien longtemps les discussions des Sociétés de Chirurgie, les publications qui lui ont été consacrées, lui ont enlevé tout mystère. Nous ne faisons pas œuvre originale.

Mais les années ne diminuent pas le nombre de travaux consacrés à ce sujet et les controverses que suscite la thérapeutique de cette affection, quoique anciennes, ne semblent pas éteintes : aucun argument irréfutable n'a démontré la supériorité de tel geste chirurgical ou de tel traitement médical, et, au hasard des lectures on trouve des partisans sincères, convaincus et célèbres de méthodes différentes ; c'est ce qui justifie notre modeste travail.

Nous disposons pour notre étude des malades hospitalisés dans le Service de notre Maître, le Professeur PEYCELON, pour perforation d'ulcères, de 1940 à 1963. Ils ont été opérés ou traités, soit au Pavillon d'Urgence de l'Hôpital Edouard-Herriot, soit directement dans son Service. Nous y avons ajouté les malades traités par M. le Professeur PEYCELON en clientèle privée.

Nous disposons ainsi de 206 observations.

Nous avons colligé en outre les observations de 40 malades ayant été traités pour perforation d'ulcères par des chirurgiens autres que ceux de l'Hôpital Edouard-Herriot et adressés à M. PEYCELON pour continuation ou reprise de la maladie ulcéreuse. Ils nous serviront de comparaison et nous fourniront des exemples concernant les risques que court un malade dont l'ulcère s'est perforé et dont seule la perforation a été traitée.

Nous nous sommes attachés surtout à l'étude des résultats éloignés et immédiats, espérant pouvoir arriver par là à des conclusions thérapeutiques.

Les travaux français et étrangers que nous avons pu consulter nous serviront de point de comparaison tout au long de notre étude.

HISTORIQUE

Le traitement chirurgical de l'ulcère perforé date de 1880 : c'est l'année de la première suture effectuée par MICULICZ. Le premier malade guéri a été opéré par KRIEGER en 1892, puis la chirurgie de l'ulcère perforé s'est répandue.

Depuis longtemps le traitement de la perforation ulcéreuse est considéré de manière différente par deux groupes de chirurgiens.

Les premiers considèrent que la perforation est une maladie suffisamment grave en elle-même pour qu'on soit satisfait d'obtenir sa guérison sans chercher à guérir simultanément l'ulcère causal. C'est une attitude de sagesse. Elle groupe les partisans de la suture simple et ceux de l'aspiration continue. Cette méthode thérapeutique a été décrite en 1935 par WANGENSTEEN ; il l'appliquait aux malades en trop mauvais état général pour supporter l'intervention chirurgicale. TAYLOR en a été le grand promoteur en l'étendant à tous les malades traités par lui pour perforation d'ulcères. La simplicité et la bénignité de ce traitement le rend séduisant à beaucoup et il se répand rapidement, notamment en France où il est adopté par QUENU, ISELIN, FONTAINE et bien d'autres. Actuellement, beaucoup ont été déçus par le grand nombre d'échecs et de complications de cette thérapeutique, par la difficulté de sa surveillance et de sa stricte exécution, et beaucoup de partisans du traitement de la perforation pour elle-même en reviennent à l'acte chirurgical et à la suture.

Le second groupe considère que c'est prendre des risques que de laisser en place un ulcère qui s'est déjà compliqué et qui a fait preuve, en se perforant, d'une tendance particulièrement évolutive. Les premiers auteurs ont, dans le but de guérir l'ulcère, associé une gastro-entéro-anastomose à leur suture. Le pourcentage élevé d'ulcères peptiques observés à la suite de cette intervention l'a rapidement faite abandonner. Von HABERER et YUDINE (1939) ont été les premiers partisans de la gastrectomie d'emblée au cours des premières heures de la perforation ulcéreuse ; ils ont été suivis par de nombreux auteurs peu satisfaits des résultats de la simple suture.

Plus récemment enfin, on a préconisé l'opération de DRAGSTEDT, associée à une gastro-entéro-anastomose ou à une pyloroplastie ; celle-ci étant souvent réalisable puisque la majorité des ulcères perforés siège sur le duodénum.

Le problème est de choisir entre ces deux attitudes.

PLAN

Nous avons adopté le plan suivant pour l'étude du sujet que nous avons à traiter.

Les deux premiers chapitres exposent les données que nous avons pu recueillir à propos des observations de notre statistique ; les autres étudient les résultats immédiats et éloignés à partir desquels nous avons tenté de dégager des indications.

I — INTRODUCTION

II — ETIOLOGIE ET ANATOMO-PATHOLOGIE :

- 1 - Sexe.
- 2 - Age.
- 3 - Antécédents.
- 4 - Circonstances déclenchantes.
- 5 - Clinique.
- 6 - Radiologie.
- 7 - Anatomicopathologie.

III — LE TRAITEMENT :

(Horaire, etc...)

IV — RESULTATS IMMEDIATS :

1 - Mortalité :

- a - en fonction de l'âge,
- b - en fonction des antécédents,
- c - en fonction de la localisation,
- d - en fonction de l'intervalle de temps d'apparition,
- e - en fonction de la clinique,
- f - en fonction du traitement :
 - après aspiration,
 - après suture ou suture + gastro-entéro-anastomose,
 - après gastrectomie.

2 - Complications post-opératoires :

- a - après gastrectomie,
- b - après suture,
- c - après aspiration.

V — RESULTATS ELOIGNES :

- 1 - Après gastrectomie d'urgence,
- 2 - Après suture et gastro-entéro-anastomose,
- 3 - Après suture — Guérison,
 - Reviviscences ulcéreuses,
- 4 - Après aspiration,
- 5 - Analyse des résultats éloignés :
 - a - en fonction des antécédents,
 - b - en fonction du siège de l'ulcère,
 - c - en fonction de l'âge,
 - d - en fonction de la radiologie.

VI — LES REINTERVENTIONS APRES PERFORATIONS ULCEREUSES :

- 1 - Gastrectomies de principe,
- 2 - Interventions pour reviviscences ulcéreuses :
 - date,
 - indication,
 - résultats ;
- 3 - Perforations itératives.

VII — INDICATIONS ET CONCLUSIONS.

CONDITIONS ETIOLOGIQUES ET ANATOMO-CLINIQUES

DANS LESQUELLES SE PRESENTENT LES ULCERES PERFORES

Ce chapitre sera bref et ne comportera que l'énumération des chiffres que nous avons relevés dans notre statistique. Il servira de base à l'analyse des résultats immédiats et éloignés.

1 — LE SEXE

Il y a une énorme différence entre les femmes et les hommes. Nous avons seulement traité douze femmes atteintes d'ulcères perforés, contre cent-quatre-vingt-quatorze hommes, soit 5,8 %. Ce chiffre est inférieur à celui qui est rapporté dans des statistiques portant sur des ulcères non perforés (Thèse de BLANCHET : 20 %). Il est le même que celui de la plupart des auteurs ayant rapporté des séries d'ulcères perforés.

Le faible nombre de malades du sexe féminin dont nous disposons ne nous permet pas de tirer de conclusions valables quant à la gravité et à l'évolutivité plus ou moins grande de l'ulcère chez la femme. L'épisode perforatif lui-même nous paraît plus grave (2 décès sur 12 malades) car on ne pose le diagnostic qu'avec hésitation, étant donnée la rareté de l'affection.

Nous n'avons pas vérifié l'hypothèse de MULLER pour lequel la diminution d'ulcères perforés chez les femmes (alors que cette affection augmente chez les hommes) serait due à des facteurs hormonaux et au fait que les femmes restent plus en dehors de la vie moderne que les hommes !

2 — L'AGE

Voici nos chiffres :

15 à 20 ans	20 à 30 ans	30 à 40 ans	40 à 50 ans	50 à 60 ans	60 à 70 ans	70 et plus	TOTAL
3	27	48	52	35	28	13	206

Le maximum de fréquence de l'ulcère perforé se situe donc entre 30 et 60 ans, mais il se rencontre plus volontiers chez le vieillard que chez l'adolescent. Il existe de nombreux cas de perforations d'ulcères du nouveau-né rapportés dans la littérature. Elles posent des problèmes difficiles de diagnostic et sont grevées d'une lourde mortalité. Nous ne faisons que les citer car il s'agit là d'une affection entièrement différente de la perforation d'ulcère de l'adulte. Nous n'en avons jamais observé, étant donné le recrutement du Service dans lequel nous avons relevé nos observations.

3 — LES ANTECEDENTS

Ils sont intéressants à étudier car on a souvent basé sur eux les indications thérapeutiques (CLAVEL). Un malade ayant des antécédents ulcéreux personnels ou familiaux présenterait une maladie ulcéreuse particulièrement évolutive et serait justiciable d'une chirurgie radicale vis-à-vis de l'ulcère.

Nous avons donc interrogé nos malades sur leurs antécédents familiaux ulcéreux. Nous avons retenu comme présentant une hérédité ulcéreuse tous ceux dont un des membres de la lignée était atteint d'ulcère (antécédents héréditaires et collatéraux). Nous avons obtenu 87 réponses valables :

Antécédents ulcéreux présents	25	29 %
Pas d'antécédent ulcéreux	62	71 %
Total des réponses	87	
Réponses ininterprétables	119	

A titre comparatif, nous avons pratiqué la même enquête chez les 40 malades opérés dans le service pour réévolution de la maladie ulcéreuse après perforation.

Nous avons trouvé :

Antécédents ulcéreux présents	7	25 %
Pas d'antécédent ulcéreux	22	75 %
Total des réponses	29	
Non répondu ou ininterprétable	11	

Il n'y a donc pas de différence significative.

Sans conteste, beaucoup plus importante est l'étude des antécédents personnels du sujet qui présente une perforation gastro-duodénale. Nous les avons divisés en plusieurs groupes :

Premier symptôme	Première poussée moins de 15 jours	Quelques mois	Syndrôme ulcéreux non diagnostiqué
38	30	14	28
Ulcère connu	Vagues douleurs	Non précisés	
67 (34 o/o)	20	9	

Les ulcéreux connus ont tous subi un traitement médical. Le diagnostic a été fait sur une ou plusieurs séries de radiographies gastriques. On a retrouvé à l'interrogatoire de 28 malades un syndrome clinique ulcéreux net remontant parfois à de nombreuses années, mais, soit qu'ils n'aient jamais consulté un médecin, soit que le diagnostic n'ait pas été fait, ils n'ont jamais subi de traitement médical. Le groupe présentant des antécédents ulcéreux manifestes représente 49 % du nombre total (duquel on a soustrait les 9 dont on ne connaît pas les antécédents).

L'ulcère a été diagnostiqué plus ou moins longtemps avant la perforation :

moins de 2 ans	3 ans	4 ans	5 ans	et plus	Total
11	10	6	7	33	67

Les autres ne présentent que peu ou pas d'antécédents : syndrome douloureux épigastrique d'apparition récente, une ou deux poussées ulcéreuses typiques remontant à 6 mois maximum, douleurs abdominales étiquetées le plus souvent hépatiques mais n'ayant aucun caractère ulcéreux : au total, ce groupe représente 51 %.

La même étude a été faite pour les 40 malades réopérés après perforation :

Non précisés	Premier symptôme	Première poussée moins de 15 jours	Quelques mois
9	6	1	2
Vagues douleurs	Syndrôme ulcéreux sans diagnostic	Ulcère connu	Total
2	8	12 (39 o/o)	40

Le pourcentage des malades présentant des antécédents ulcéreux certains remontant à plus d'un an est, dans cette série, de 50 %.

Le pourcentage d'ulcéreux connus et traités antérieurement est le même.

Nous avons recherché dans les antécédents de nos malades d'autres complications de la maladie ulcéreuse. Nous avons relevé 11 hémorragies. Toutes se sont produites plus d'un an avant la perforation ; elles n'ont pas la même valeur que les hémorragies contemporaines ou annonciatrices à très peu d'intervalle de la perforation : elles témoignent seulement d'un potentiel évolutif ulcéreux plus net.

Nous avons comparé les chiffres recueillis avec ceux que nous apportaient quelques importantes statistiques étrangères : elles viennent les confirmer car ils sont sensiblement les mêmes : pour NORBERG étudiant les antécédents de 1 103 malades, 37,6 % d'ulcères déjà diagnostiqués, 35,6 % de malades ayant déjà souffert sans que le diagnostic d'ulcère ait été fait, 27 % de malades avec peu ou pas d'antécédents, soit un peu moins que nous.

Pour PALUMBO et WENDELL, 10 % seulement de malades ne présentent pas d'antécédents ulcéreux, mais 26 % présentent des antécédents très récents souvent difficiles à retrouver par l'interrogatoire.

Pour KOZOLL et MEYER, 19 % seulement d'ulcéreux connus, mais 75 % d'antécédents ulcéreux cliniquement décelables.

4 — LES CIRCONSTANCES DECLENCHANTES

La perforation d'ulcère survient plus volontiers aux saisons favorites des poussées ulcéreuses ; cela est certes vrai : il y a des pics en automne, au printemps. Survient-elle à jeun ou après les repas ? Nous n'avons pas remarqué d'incidence nette de la prise alimentaire sur l'épisode perforatif. Après radioscopie barytée, nous en avons quelques exemples. Tout ceci n'a pas un grand intérêt. La majorité des perforations ulcéreuses survient en période de veille. KOZOLL et MEYER y voient un rapport avec les activités professionnelles et les soucis.

La chirurgie et la médecine actuelles s'intéressent beaucoup plus aux complications ulcéreuses déclenchées par des causes médicamenteuses : corticothérapie, Aspirine, médications anti-inflammatoires diverses. Trois de nos malades ont pris du Cortancyl la veille de leur perforation ; deux ont été traités par aspiration, un seul a été opéré : il ne s'agissait pas d'une ulcération aiguë comme en ont décrit les auteurs ayant traité chirurgicalement de tels malades, mais d'un vieil ulcère gastrique authentique. Deux de ceux-ci ont présenté une réévolution de la maladie ulcéreuse dans les mois qui ont suivi la perforation, ce qui signe l'authenticité et la pré-existence de leur ulcère. Un seul a peut-être présenté une ulcération cortisonique véritable.

Nous ne possédons pas d'observations de perforations ulcéreuses consécutives à un traumatisme crânien ou à une insuffisance respiratoire grave. Il s'agit d'une affection différente que nous ne citons que pour mémoire.

5 — LA CLINIQUE

Nous n'y insisterons pas outre mesure. Elle a été souvent, et très bien décrite. Elle est cependant la plupart du temps le seul moyen de faire le diagnostic de perforation ulcéreuse étant données les défaillances de la radiologie. Cela a maintenant une importance beaucoup plus grande qu'autrefois puisque beaucoup traitent les ulcères perforés par l'aspiration.

Le drame abdominal classique, si bien décrit par MONDOR : « la douleur abdominale soudaine, atroce, angoissante, le coup de poignard de DIEULAFOY est le premier symptôme de la perforation ».

Et à l'examen, « le ventre est plat, contracturé, souvent rétracté et se défendant toujours contre les mouvements respiratoires ».

Nous l'avons rencontré 161 fois sur nos 206 malades. Dans 6 cas seulement a été mentionnée sur l'observation l'existence d'un syndrome pré-perforatif avec recrudescence des douleurs, vomissements de suc gastrique ; mais il est fort probable que ce soit beaucoup plus fréquent.

Dans 5 cas, ce tableau a été associé à une hématomérose, soit qu'elle l'ait précédé de peu, soit qu'elle ait été simultanée. Le pronostic est alors beaucoup plus grave.

On a souvent parlé de choc à propos de la perforation ulcéreuse. C'est en fait plutôt un choc subjectif, que ressent le malade. Il est rare de voir des malades hospitalisés avec une chute tensionnelle inquiétante ; le choc initial, s'il existe, se dissipe rapidement.

— Cependant, 6 fois, il était au premier plan : tension artérielle basse nécessitant l'emploi de vaso-constricteurs, de corticoïdes ou de transfusions. Un de ces cas fut même suivi d'anurie transitoire.

— La perforation est parfois atypique, par absence de contracture : nous l'avons noté dans 14 cas. En fait, dans deux de ceux-ci il s'agissait d'une péritonite à sa phase occlusive terminale.

La topographie des douleurs peut parfois égarer le diagnostic :

— Nous avons observé 12 fois une localisation maximum de la douleur et de la défense de la fosse iliaque droite. Le chirurgien a pratiqué une incision de MAC-BURNEY. L'apparition de suc gastrique ou de pus, l'appendice étant normal a vite rétabli le diagnostic. Dans tous les cas, l'appendicectomie a été pratiquée pour des raisons de sécurité ultérieure sans que le malade ait eu à s'en plaindre. Cette erreur n'est pas grave car une intervention mineure permet de trouver la vérité.

— Par contre, les localisations des douleurs à l'hypochondre droit sont beaucoup plus graves. L'erreur de diagnostic à laquelle conduisait un tel tableau clinique a coûté la vie à 3 de nos malades qui n'ont pas été traités ou l'ont été trop tardivement, 2 fois avec le diagnostic de cholecystite aiguë, 1 fois avec le diagnostic de pancréatite aiguë hémorragique.

Ce dernier diagnostic différentiel est d'autant plus difficile que l'amylasémie est souvent augmentée lors des perforations ulcéreuses (KOZOLL, ROYERS) : ce dernier auteur, en étudiant biologiquement 1 000

cas de perforations ulcéreuses a noté dans 16 % des cas une amylasémie supérieure à 200 Unités et dans 32 % des cas une amylasémie seulement légèrement élevée ; il explique ce fait par une absorption lymphatique du liquide péritonéal qui contient un taux élevé d'amylase.

— La classique perforation en deux temps est rare (4 cas). Par contre, la perforation spontanément régressive (perforation couverte de MONDOR) est beaucoup plus fréquente. C'est un fait bien connu des chirurgiens qui opèrent des ulcères résistant au traitement médical, qui se sont perforés et spontanément obturés. Nous en avons 4 cas. La rétrocession de l'inflammation péritonéale ne fut totale que dans un de ces 4 cas, qui furent tous hospitalisés tardivement ; les 3 autres présentèrent des abcès sous-phréniques au contact de la perforation, nécessitant divers gestes chirurgicaux. Au cours de nos recherches bibliographiques nous avons trouvé décrite une telle évolution presque totalement régressive, dans la littérature italienne. Avec ses caractères cliniques, les auteurs mentionnent une image radiologique particulière : bulle d'air suspendue juxta-duodénale. Nous ne l'avons jamais trouvée sur les quelques clichés que nous avons revus.

6 — LA RADIOLOGIE

Le seul examen qui a été pratiqué est la radiographie de l'abdomen sans préparation. Nous n'avons pas l'expérience des repas barytés en cours de perforation d'ulcère ; cette méthode a été décrite par BERGKVIST et SELDINGER en 1959, qui l'avaient appliquée à 14 de leurs malades qui ne présentaient pas de pneumopéritoine. La perforation fut mise en évidence 9 fois sur 14 après ingestion d'une faible quantité de bouillie barytée. Dans un nombre important de cas une niche ulcéreuse profonde était visible. D'autres ont repris cette technique et l'appliquent dans les cas où le diagnostic prête à discussion (FRIMANN-DAHL). Elle est certainement intéressante en cas de doute, mais demande à être pratiquée en milieu chirurgical et à titre pré-opératoire. Elle est inutile dans la plupart des cas.

Nous avons pu disposer de 114 comptes rendus radiologiques sur l'ensemble de nos malades. Dans 92 cas aucune mention n'est faite de cet examen (qui n'a d'ailleurs parfois pas été pratiqué sur la netteté du tableau clinique). Sur ces 114 :

— 71 fois on note la présence d'un pneumopéritoine (62 %) ;

— 43 fois les radiographies furent négatives (38 %), donc faillite fréquente de la radiologie. Ces chiffres sont comparables à ceux que donnent EDWARD et FORSTER dans une étude radiologique de 100 perforations d'ulcères (66 % de pneumopéritoinies) ; ils n'ont découvert aucun rapport entre la taille de la perforation, son siège, le temps d'évolution de l'affection et les résultats de la radiologie, ce qui est bien logique.

Aucun de nos malades ayant été traité médicalement par aspiration n'a été radiographié dans les heures qui ont suivi l'institution du traitement (MIALARET) l'efficacité de l'aspiration est démontrée par la disparition du pneumopéritoine qui est vite obtenue ; en cas d'échec du traitement médical le pneumopéritoine, au contraire, augmente. En fait la clinique suffit, dans la plupart des cas, à un jugement valable.

7 — L'ANATOMIE-PATHOLOGIQUE

Dans 15 cas la localisation de l'ulcère n'a pu être précisée : il s'agit de malades ayant été traités par aspiration après laquelle une radiographie gastrique n'a pas montré d'ulcère. Pour les autres, nous avons relevé les localisations suivantes :

DUODENUM				
Face antérieure	Face postérieure	Post-bulbaire	Total	
122	3	1	126 (66 °/o)	
ESTOMAC				
Pylorique	Petite courbure	Haut situé	UL. peptique	Total
48	14	2	1	65 (34 °/o)

Dans un cas, la perforation était double (double ulcère duodénal).

La grande majorité des ulcères qui se perforent siège donc sur la face antérieure du bulbe duodénal. Ceci a une grande importance car ce sont en général des ulcères dont l'exérèse est facile, s'ils n'ont pas rétréci le pédicule hépatique (ce qui est rare pour un ulcère qui se perforé).

Les statistiques consultées donnent toutes la même proportion. Parmi les ulcères pyloriques, le nombre d'ulcères juxta-pyloriques est très élevé (19 sur 48 parmi nos malades).

Les caractères de la perforation n'ont pas une grande importance : elle est décrite comme punctiforme ou lenticulaire dans la grande majorité des cas. Dans 17 cas seulement, une perforation large a été notée ; elle peut nous obliger à une gastrectomie ou à une gastro-entéro-anastomose complétant la suture, qui peut alors être sténosante.

Beaucoup plus intéressants auraient été les caractères macroscopiques de l'ulcère si nous avions pu les relever avec précision. Mais ils ne sont, hélas, souvent pas mentionnés dans les comptes rendus opératoires, les critères de l'ulcère calleux ou aigu sont d'ailleurs difficiles à apprécier en cas de perforation.

Nous avons été frappés par le fait que fréquemment des ulcères dits calleux ne présentaient aucune symptomatologie ulcéreuse antérieure à la perforation.

Nous avons pu retrouver :

- 43 ulcères calleux ;
- 23 ulcères souples.

Nous ne pouvons donc baser aucun raisonnement logique sur ces chiffres.

LE TRAITEMENT

Nos 206 malades ont été traités de la manière suivante :

- Simple suture : 100 — Décès : 6 = 6 % ;
- Suture + Gastro-entéro-anastomose : 33 — Décès : 3 = 9 % ;
- Gastrectomie d'emblée : 29 — Décès : 1 = 3,4 % ;
- Aspiration : 44 (traités par aspiration seule) Décès : 8 = 18 %.

19 autres malades ont été traités par aspiration et sont des échecs de la méthode car ils ont dû être opérés devant l'absence d'amélioration. Le pourcentage d'échecs est donc de 43 % (33 % seulement pour FONTAINE).

Certains de ceux-ci ont certainement été jugés trop précocement avant la 6^e heure (10) : le patient continuait de souffrir, la contracture persistait et l'on sait qu'il est fréquent que l'amélioration clinique ne se fasse sentir qu'au bout de quelques heures. Il serait certainement intéressant dans ces cas-là de pratiquer des radiographies de l'abdomen sans préparation à intervalles réguliers, comme nous l'avons déjà mentionné.

Par contre, 9 sont de vrais échecs confirmés de l'aspiration : ce sont des malades opérés après un minimum de 12 heures de traitement médical ; certains l'ont été au 4^e jour alors qu'ils présentaient des douleurs épigastriques persistantes ou de la température.

— Dans 6 cas, la laparotomie mit en évidence une péritonite avec liquide louche ;

— Dans 3 cas, une péritonite purulente ;

— Dans 1 cas un abcès sous-phrénique au contact de la perforation.

Il ne faut donc pas faire une confiance aveugle au traitement médical. De telles observations ont été fréquemment rapportées et grèvent la perforation d'ulcère d'une lourde morbidité. Il ne faut pas trop attendre si l'amélioration clinique est longue à se manifester et opérer sans retard. L'unanimité est actuellement acquise à cette conduite.

Notre statistique n'étant pas composée de malades opérés par le même chirurgien, les indications ont été posées de manière très variable. Cependant, les plus mauvais cas, comme nous le verrons, ont été réservés à la suture et à l'aspiration. Les sujets traités par suture et gastro-entérostomie sont en majorité parmi les plus anciennement traités, hormis quelques-uns chez qui la gastro-entérostomie fut pratiquée dans un but préventif après suture qui semblait sténosante.

Nous ne discuterons pas dans ce chapitre de la valeur de ces différents modes de traitement, préférant repousser la discussion à la fin de notre exposé après avoir parlé de leurs résultats proches et lointains.

Nous regrettons par ailleurs de ne pouvoir apporter d'observations de malades traités par double vagotomie associée à une suture et à une gastro-entéro-anastomose ou pyléoplastie. Aucun, dans notre statistique, n'a été ainsi opéré. Les auteurs qui se sont adressés à cette méthode en ont été satisfaits et n'ont jamais observé de complications post-opératoires qui lui auraient été particulières. La plus grosse statistique actuellement parue est celle de PIERANDOZZI qui rapporte 75 cas, avec 1 seul décès post-opératoire. Il ne fait cependant pas de vagotomie aux malades âgés et aux sujets présentant une péritonite purulente. En Belgique, DEROM rapporte 20 cas avec 2 décès post-opératoires. En France, HUTINEL, RAYMOND, ont rapporté un petit nombre d'observations identiques et sont satisfaits de cette méthode.

Mais aucun de leurs malades n'a été vu avec un recul valable et les résultats lointains d'une telle intervention sont inconnus. On peut peut-être lui reprocher de faire une confiance excessive à la vagotomie double, alors que le caractère urgent de l'intervention ne permet pas de démontrer son efficacité de manière satisfaisante par les épreuves de chimisme gastrique. Ceci d'autant plus qu'il s'agit d'ulcères particulièrement évolutifs et en pleine poussée ulcéreuse.

L'horaire du traitement

La notion d'horaire strict n'a plus la même importance qu'auparavant. Le geste opératoire était alors la seule thérapeutique possible de la perforation ulcéreuse. On sait maintenant qu'une préparation à la chirurgie par une aspiration, une rééquilibration pré-opératoire regagne le temps perdu et améliore le pronostic post-opératoire immédiat. Le délai, autrefois fatidique de 6 heures n'existe plus. La presque totalité de nos malades (du moins ceux opérés après 1947) ont été traités quelques heures par aspiration continue avant d'être opérés.

Il n'en est pas moins vrai que certains malades ne consultent que tardivement. La notion de temps chez ces gens qui n'ont été traités d'aucune manière reprend alors toute sa signification péjorative. Les échecs d'une aspiration trop longtemps maintenue viennent grossir ce nombre.

Nos chiffres sont les suivants :

Horaire non précisé	Avant la 8 ^{ème} h.	8 ^{ème} à 12 ^{ème} h.	Après la 12 ^{ème} h.	TOTAL
91	77	13	25	206

Les 25 malades traités après la 12^e heure rentrent dans le cadre dont nous venons de parler : ils ont été vus tard ou opérés après l'échec d'une aspiration.

LES RESULTATS IMMEDIATS

Nous étudierons successivement la mortalité et la morbidité.

1 — LA MORTALITE

Nous déplorons 18 décès dans le mois qui a suivi le traitement de la perforation ulcéreuse, soit un pourcentage global de 8,7 %. Le taux de mortalité que nous avons retrouvé dans les principales statistiques que nous avons étudiées s'échelonne entre 5 et 10 %. Nous pensons que ces chiffres globaux n'ont pas grande signification car ils dépendent beaucoup de la qualité des malades que les chirurgiens ont été amenés à traiter. Ils exigent donc une analyse détaillée.

Voici nos observations :

1 - **Monsieur B...** — 72 ans.

Antécédents ulcéreux depuis 30 ans.

Tableau clinique typique.

Le 21-10-1943 : Suture + G.E.A. : Ulcère duodéal perforé.

Suites troublées par ictere et coma.

Décès le 27-10-1943.

2 - **Monsieur P...** — 77 ans.

Ulcère connu depuis 10 ans.

Vu au stade d'occlusion au 8^e jour. Présente une hématomèse très importante lorsqu'il est hospitalisé.

Le 12-3-1943 : Aspiration.

Décès le 20-3-1943.

Autopsie : Ulcère pré-pylorique perforé en péritoine cloisonné ; abcès au contact ; pas d'ulcération vasculaire visible.

3 - **Monsieur P...** — 68 ans.

Syndrôme ulcéreux depuis 1 an.

Tableau typique avec choc marqué (tension artérielle = 7).

Le 10-2-1948 : Suture à la 4^e heure : Ulcère calleux pré-pylorique.

Suites simples.

Décès, alors qu'il était rentré chez lui, le 26-2-1948, dans un tableau broncho-pneumonique. Il présentait des antécédents pulmonaires bronchitiques anciens.

4 - **Monsieur D...** — 63 ans.

Ulcère connu depuis 12 ans. Sténose depuis 1 an.

Clinique typique. Radiologie positive.

Le 7-6-1948 : Suture + G.E.A. à la 5^e heure.

Ulcère duodéal avec grand estomac de sténose.

Décès le 12-6-1948 : Hyperthermie. Occlusion par péritonite.

- 5 - **Monsieur B...** — 54 ans.
Premier symptôme.
Clinique atypique : douleurs de l'hypocondre droit.
Le diagnostic de cholecystite aiguë est posé.
Le 13-2-1953 : Abstinence par erreur de diagnostic.
Le 14-2-1953 : Suture + G.E.A. : double perforation de DI.
Décès à la 36^e heure par péritonite.
- 6 - **Monsieur B...** — 34 ans.
Ulcère connu depuis 10 ans.
Cirrhotique.
Clinique typique.
Le 4-7-1955 : Suture : Ulcère duodénal.
Décès à la 12^e heure dans un tableau suraigu de délirium.
- 7 - **Monsieur M...** — 47 ans.
Depuis 2 ans, ulcère connu.
Clinique typique.
Le 18-3-1957 : Mise en place d'une aspiration 6 heures après l'épisode initial. Continue de souffrir.
Le 23-3-1957 : Suture : Péritonite purulente avec anses grêles dilatées.
Décès au 3^e jour, dans un tableau de collapsus cardio-vasculaire.
- 8 - **Monsieur C...** — 62 ans.
Depuis 40 ans, ulcère connu.
Clinique typique. Radiologie négative.
Le 20-5-1961 : Mise en aspiration, au 3^e jour de la perforation.
Persistance de la contracture et installation progressive d'une péritonite.
Décès le 1-6-1961.
- 9 - **Madame T...** — 84 ans.
Troubles dyspeptiques vagues.
Clinique atypique : pas de contracture ; mais radiologie positive.
Le 29-3-1962 : Mise en aspiration à la 12^e heure.
Décès le 1-4-1962 : Péritonite. Collapsus cardio-vasculaire.
- 10 - **Monsieur C...** — 59 ans.
Aucun antécédent ulcéreux.
Cirrhose connue.
Hématémèse précédant de quelques heures des signes typiques de perforation.
Le 9-4-1962 : Aspiration à la 6^e heure.
Le 11-4-1962 : Drainage d'un abcès sous-phrénique. Ulcère perforé de la face postérieure de DI.
Décès le 27-4-1962 : Ascite - Coma hépatique.
- 11 - **Monsieur M...** — 79 ans.
Ulcéreux connu depuis 30 ans.
Tumeur de vessie traitée chirurgicalement.
Clinique typique - Radiologie positive.
Le 13-9-1962 : Aspiration.
Aggravation des signes de péritonite - Occlusion fonctionnelle et décès le 30-9-1962.

- 12 - **Monsieur A...** — 68 ans.
Ulcère connu depuis 10 ans.
Néphrite chronique.
Clinique typique - Radiologie positive.
Le 17-8-1963 : Suture au 2^e jour de la perforation.
Décès au 3^e jour : Urémie, oligurie.
- 13 - **Monsieur C...** — 67 ans.
Syndrome ulcéreux non traité depuis plus de 6 ans.
Néphrite chronique.
Clinique typique - Radiologie négative.
Le 5-6-1952 : Suture à la 3^e heure : Ulcère duodénal.
Éventration et décès le 11-6-1952.
- 14 - **Monsieur B...** — 70 ans.
Premier symptôme.
Clinique atypique : douleurs sous-costales droites - Cholecystite.
Radiologie négative.
Le 15-7-1957 : Abstinence par erreur de diagnostic. Puis abcès sous-phrénique : douleur - température.
Le 27-7-1957 : Laparotomie : Ulcère de la face antérieure de DI, perforé, avec abcès au contact.
Gastrectomie - Suites simples.
Revient 1 mois plus tard : Hématémèse foudroyante.
Décès.
- 15 - **Monsieur B...** — 56 ans.
Depuis 14 ans, ulcère connu.
Clinique typique - Moelena abondant (2 M. 4 Gl. R.)
Le 29-11-1957 : Suture ; épiplooplastie à la 3^e heure : perforation d'un ulcère calleux de l'angulus - Large perforation.
Occlusion dans les suites opératoires.
Réintervention le 11-12-1957 : Anses grêles dilatées. Aucun obstacle sur le trajet intestinal.
Décès le 14-12-1957.
- 16 - **Madame A...** — 54 ans.
Troubles dyspeptiques étiquetés hépatiques.
Clinique typique avec choc très marqué (Tension artérielle = 7,5).
Le 24-2-1960 : Aspiration (erreur de diagnostic : on pense à une pancréatique aiguë hémorragique).
Malgré le traitement le choc s'aggrave, et :
Décès le 25-2-1960
Autopsie : perforation duodénale.
- 17 - **Monsieur S...** — 53 ans.
Depuis 5 mois, ulcère connu.
Clinique typique - Radiologie positive.
Le 20-7-1960 : Suture à la 12^e heure, difficile, d'un ulcère de la face antérieure de l'estomac. Suites simples, mais :
Décès le 3-8-1960 : thrombose sylvienne.
- 18 - **Monsieur C...** — 83 ans.
Syndrome ulcéreux avec hématémèse remontant à 5 ans.
Clinique atypique - Pas de défense.
Le 23-1-1961 : Mise en aspiration 3 heures après le début des troubles.
Décès le 25-1-1961 : Péritonite.

Quels sont les facteurs à l'origine de cette mortalité ?

— **L'âge des malades** joue évidemment un très grand rôle. Le pourcentage de mortalité s'élève rapidement avec l'âge et devient très important après 70 ans. KOZOLL et MEYER ont trouvé une mortalité de 75 % après 80 ans ; NORBERG, 30,4 % après 70 ans ; puis les chiffres diminuent rapidement : 15 % après 60 ans.

Nous avons personnellement trouvé :

- 6 décès chez les sujets âgés de plus de 70 ans sur 13 traités (47 %) ;
- 5 décès chez les sujets âgés de 60 à 70 ans sur 28 traités (18 %) ;
- 5 décès chez les sujets âgés de 50 à 60 ans sur 35 traités (14 %) ;
- 1 décès chez les sujets âgés de 40 à 50 ans sur 52 traités (2 %) ;
- 1 décès chez les sujets âgés de 30 à 40 ans sur 48 traités (2 %).

Ce facteur est donc évidemment capital. Il comporte en lui-même un grand nombre de conditions défavorables : clinique difficile à interpréter, consultation et traitement souvent tardivement institués, antécédents chargés. Une perforation d'ulcère chez un vieillard est beaucoup plus grave en elle-même qu'une recto-sigmoïdectomie ou qu'une gastrectomie pour cancer gastrique. Les chiffres sont là pour le prouver bien que cela paraisse illogique. Cela démontre la gravité de la péritonite du sujet âgé.

- **Les antécédents** entrent en ligne de compte dans la mortalité :
- d'une part, les antécédents pathologiques : 2 néphrites chroniques, 2 cirrhoses, 1 athérosclérose avec hypertension artérielle compliquée de thrombose cérébrale dans les suites opératoires : c'est banal.
 - d'autre part, les antécédents ulcéreux. Dans 10 observations nous retrouvons des antécédents ulcéreux lointains antérieurs à 5 ans (mortalité à 25 % dans ce groupe de 40 malades). Les autres souffrent depuis peu ou ne présentent aucun anamneste notable. Ce fait est rapporté par GIBSON (1953) et TAYLOR (1957). Le taux de mortalité est très différent chez les malades présentant une perforation d'ulcère jeune et chez les anciens ulcéreux (2,5 à 15 % pour TAYLOR). Il a toujours été confirmé par ceux qui l'ont étudié. Nos chiffres sont particulièrement démonstratifs.

Comment l'expliquer ? Certainement par le fait que les sutures tiennent mal dans le tissu inflammatoire et scléreux entourant un vieil ulcère (NORBERG) ; cette gangue inflammatoire entretient la béance de la perforation chez les sujets traités par aspiration en même temps que les adhérences péritonéales péri-ulcéreuses empêchent les organes de voisinage de venir à son contact l'obturer ; dans nos 10 observations : 2 décès par péritonite après suture, 4 décès par péritonite après aspiration, une fois abcès au contact de la perforation après aspiration. Il semble donc qu'il faille, dans ces cas-là, manier le traitement médical avec une particulière prudence.

— La localisation de l'ulcère joue-t-elle un rôle ? Pour KOZOLL et MEYER la perforation devient d'autant plus grave que l'ulcère est plus haut situé. Nous ne l'avons pas vérifié. Par contre, les perforations d'ulcères du duodénum ou de l'estomac ont tendance à donner naissance à des absès sous-phréniques et font certainement courir un risque plus élevé de complications.

— L'intervalle de temps entre le début de la perforation et son traitement est classiquement un facteur élevé de mortalité. Nous avons cependant observé 10 décès chez des sujets traités avant la 12^e heure (11 %). Le taux de mortalité s'élève bien sûr considérablement chez ceux qui n'ont été traités qu'après la 12^e heure (6 malades : 24 %). Dans 2 observations, l'horaire de la perforation n'était pas mentionné.

Ce n'est donc pas un élément fondamental de pronostic et les cas vus tardivement sont loin d'être désespérés.

— La clinique :

Elle a une certaine importance pour le pronostic.

La plupart du temps le tableau clinique est tout à fait typique, avec 2 fois un tableau de choc marqué ; un de ces 2 sujets est décédé de l'aggravation du choc sans avoir été opéré, l'intervention aurait été indiscutablement salvatrice. Le caractère péjoratif du choc initial prolongé a été retrouvé par ceux qui ont étudié les facteurs de la mortalité précoce des ulcères perforés.

Trois sujets avaient présenté une hémorragie associée à la perforation (sur 5 que nous avons observés). Aucun de ceux-ci n'est décédé dans un tableau hémorragique qui aurait justifié une gastrectomie d'urgence. C'est néanmoins un facteur essentiel de gravité. La thérapeutique d'une telle association est particulièrement délicate. Les deux autres exemples que nous en avons rencontrés ont été guéris par suture associée à une gastro-entéro-anastomose. De nombreuses observations du même genre ont été publiées dans la littérature. Les auteurs ont tendance à proposer la gastrectomie après préparation par un traitement médical de quelques heures, ce qui semble logique.

Comme nous l'avons signalé lorsque nous avons parlé de l'aspect clinique sous lequel se présentaient nos malades, les tableaux atypiques sont graves, car ils sont à l'origine d'erreurs de diagnostic : c'est le cas de 2 de nos malades non traités au début et opérés tardivement. Leurs chances auraient été certes grandement améliorées par une intervention plus précoce. Le 3^e se présentait avec un tableau de choc au premier plan et évoquait la pancréatite aiguë hémorragique.

Nous nous sommes contentés d'étudier l'influence de ces quelques facteurs sur le pronostic immédiat ; il en existerait d'autres mais elle est

alors bien moins nette et il n'est pas de grand intérêt de multiplier les exposés de chiffres : nous avons trouvé 3 analyses détaillées des facteurs de la mortalité des ulcères perforés dans la littérature américaine. Outre ce que nous venons d'exposer, les auteurs confirment la gravité des hémorragies ulcéreuses et de l'absence du traitement médical antérieur à la perforation, de la sténose qui se perfore, des vomissements répétés apparaissant après l'épisode perforatif, de la perforation géante, des caractères bactériens du liquide péritonéal plus ou moins septique... KOZOLL et MEYER décrivent même deux tableaux cliniques :

- l'un de bon pronostic : ulcère jeune, perforation récente, clinique typique,
- et celui de mauvais pronostic.

Le taux de mortalité varie de 1 à 6 entre les deux catégories. Tout cela est certes vrai mais ce sont des inconnues que l'ont subi et sur lesquelles on n'a aucune action. Beaucoup plus intéressante à discuter est l'influence de la méthode thérapeutique sur la mortalité opératoire.

— Le traitement :

Les chiffres absolus que nous avons déjà donnés sont de peu de valeur car ils ne tiennent pas compte de l'état des sujets qui ont été traités.

- simple suture : 6 % ;
- suture + G.E.A. : 9 % ;
- gastrectomie d'emblée : 3,4 % ;
- aspiration : 18 % ;

La mortalité importante de l'aspiration provient notamment de ce qu'un grand nombre de sujets en très mauvais état général lui ont été confiés.

Pour juger des résultats de manière la plus valable possible, nous avons rassemblé les observations de tous les malades représentant de mauvais risques, qui ont été guéris.

A — 7 sujets âgés de plus de 70 ans

a - 5 fois traités par suture.

1 - **Monsieur D...** — 71 ans.

Syndrôme ulcéreux datant de 20 ans, jamais traité médicalement. Clinique typique - Radiologie positive.

Le 10-4-1961 : Suture : Ulcère duodénal. Suites simples.

A dû être gastrectomisé 2 ans plus tard pour douleurs ulcéreuses très violentes.

2 - Monsieur M... — 74 ans.

Depuis 1 an, syndrome ulcéreux non traité médicalement.

Clinique typique.

Le 23-4-1951 : Suture : Ulcère duodénal. Suites troublées par une hématomérose.

A dû être gastrectomisé 18 mois plus tard d'urgence pour hématomérose.

3 - Monsieur P... — 70 ans.

Premier symptôme.

Clinique atypique évoquant l'appendicite aiguë.

Le 10-5-1957 : 1) Mac-Burney - Appendicectomie

2) Suture : Ulcère duodénal.

Suites simples - N'a jamais souffert depuis.

4 - Monsieur M... — 70 ans.

Premier symptôme.

Clinique typique.

Le 7-8-1960 : Suture à la 4^e heure d'un ulcère duodénal.

Suites simples.

5 - Monsieur P... — 73 ans.

Ulcère connu depuis 4 ans.

Clinique typique. Survient après radiographie gastrique.

Le 5-8-1961 : Aspiration - aucune amélioration.

A la 15^e heure : suture - Ulcère duodénal, liquide louche.

Suites simples.

Perdu de vue.

b - 2 fois traités par aspiration :

6 - Monsieur G... — 72 ans.

Premier symptôme.

A pris de la Cortisone la veille de la perforation.

Clinique atypique évoquant une appendicite aiguë.

Le 4-10-1959 : au 3^e jour : Mac-Burney - Appendice normal.

Drainage - Mise en aspiration.

Guérison.

N'a jamais souffert depuis.

7 - Monsieur P... — 71 ans.

Ulcère connu depuis 20 ans ayant déjà présenté une hématomérose.

Clinique typique après scopie gastrique.

Le 16-7-1961 : Aspiration.

Bon résultat.

B — 11 malades traités après la 15^e heure (et âgés de moins de 70 ans)
ont été guéris :

a - 9 fois par la suture :

1 - Monsieur B... — 40 ans.

Syndrôme ulcéreux remontant à 8 ans.
Clinique typique.
Le 22-2-1941 : 36^e heure : suture + G.E.A.
Ulcère pylorique - Péritonite purulente.
Suites simples.
A recommencé à souffrir.

2 - Monsieur C... — 42 ans.

Depuis quelques mois, douleurs gastriques atypiques.
Clinique typique.
Le 20-8-1957 : 18^e heure : suture + G.E.A.
Ulcère juxta-pylorique.
Suites simples.
A été gastrectomisé.

3 - Monsieur M... — 49 ans.

Premier symptôme.
Perforation en 2 temps.
Le 10-9-1948 : à la 24^e heure, suture, épiplooplastie : Ulcère duodénal.
Suites simples.
A été gastrectomisé.

4 - Monsieur G... — 53 ans.

Depuis 1 an, syndrome ulcéreux.
Clinique typique - Radiologie positive.
Le 1-12-1955 : Mise en aspiration à la 15^e heure : échec.
Suture : Ulcère juxta-pylorique.
Suites simples.
A recommencé à souffrir et a dû être gastrectomisé.

5 - Monsieur P... — 47 ans.

Premier symptôme.
Tableau clinique sub-aigu. Pas de contracture.
Radiologie positive.
Le 22-1-1956 : Mise en aspiration au 2^e jour. Echec.
Suture + G.E.A. quelques heures plus tard : ulcère de DI.
Suites simples.
Perdu de vue.

6 - **Madame S...** — 51 ans.

Premier symptôme.

Clinique atypique ; maximum de douleurs dans la fosse iliaque droite.

Radiologie positive.

Le 1-11-1959 : à la 20^e heure : Mac-Burney.

Pus dans l'abdomen.

Suture d'un ulcère perforé du duodénum.

Suites simples.

A été gastrectomisée.

7 - **Monsieur M...** — 25 ans.

Ulcère connu depuis 3 ans.

Clinique typique.

Le 1-8-1962 : au 3^e jour, suture d'un ulcère duodénal perforé - Péronite.

Suites simples.

A recommencé à souffrir.

8 - **Monsieur M...** — 43 ans.

Premier symptôme.

Clinique atypique : sub-ictère, douleurs de l'hypocondre droit.

Le 15-5-1963 : 24^e heure : suture, ulcère pré-pylorique - Péritonite.

Suites simples.

N'a pas ressouffert.

9 - **Monsieur A...** — 43 ans.

Premier symptôme.

Clinique typique.

Le 29-6-1963 : à la 16^e heure, mise en aspiration. Echec.

Suture : Ulcère duodénal - Péritonite.

Suites simples.

Perdu de vue.

b - 2 fois par une gastrectomie :

1 - **Monsieur A...** — 44 ans.

Ulcère connu depuis 5 ans.

Clinique typique.

Le 24-6-1948 : à la 18^e heure : Gastrectomie.

Ulcère de DI.

Suites simples.

2 - **Monsieur V...** — 47 ans.

Premier symptôme.

Clinique typique.

Le 24-6-1956 : à la 17^e heure : Gastrectomie.

Ulcère duodénal - Abscès cloisonné au contact.

Suites simples.

Telles sont nos bases de comparaison.

— La mortalité après aspiration :

Des 8 malades décédés après traitement médical, 5 représentaient de mauvais cas :

- **4 étaient âgés de plus de 70 ans.** Ils sont tous décédés dans un tableau de péritonite. N'ayant pas été opérés d'emblée, leur état général s'est, dans les heures qui ont suivi, aggravé rapidement. Aucune intervention n'a pu être envisagée.
- **1 a été mis en aspiration au 3^e jour :** il est décédé dans un tableau de péritonite.

Sur les 7 malades représentant de mauvais risques confiés à l'aspiration, nous avons donc eu à déplorer 5 décès par péritonite.

On peut se demander, à la lumière de ce résultat, si l'aspiration est une méthode de sauvetage valable des cas désespérés, comme l'avait dit WANGENSTEEN. On ne peut certes affirmer que ces malades auraient guéri s'ils avaient été opérés, néanmoins la grande proportion de ces décès est troublante. Cela semble surtout vrai pour les cas vus tardivement : des 6 malades de notre série traités après la 12^e heure par aspiration, 1 est donc décédé comme nous l'avons dit, mais 3 autres ont dû être opérés car leur péritonite continuait à évoluer. 2 seulement ont passé sans encombre le cap de la perforation. Le pourcentage d'échecs de l'aspiration augmente donc considérablement, si elle ne peut être appliquée précocement (66 % au lieu de 43 %) et il semble plus logique dans ces cas-là d'intervenir systématiquement après préparation rapide de quelques heures : une péritonite confirmée ne peut que bénéficier d'un drainage.

Les 3 autres décès de l'aspiration sont des échecs de la méthode en elle-même : abcès sous-phréniques, aggravation d'un choc irréversible malgré le traitement péritonite. Ces malades auraient certainement bénéficié d'une intervention plus précoce.

Le traitement médical doit donc être appliqué avec circonspection, sous surveillance extrêmement stricte. Il faut faire attention de ne pas laisser passer le moment favorable pour intervenir. L'aspiration trop longtemps maintenue alors qu'elle est inefficace augmente considérablement la mortalité opératoire (KOZOLL et MEYER), mais, comme le dit FONTAINE, les critères exacts ne peuvent être donnés avec précision ; en général, on se guide sur la clinique : persistance des douleurs et de la contracture. Une radiographie de l'abdomen sans préparation objectivant la disparition d'un pneumopéritoine serait certainement un argument de valeur en faveur de l'efficacité de l'aspiration. Cette servitude l'a faite abandonner par de nombreux auteurs : les statistiques récentes montrent une diminution du pourcentage des malades ainsi traités (CHALNOT, THALEIMER, MULLER, dans un rapport de GUEULLETTE à l'Académie de Chirurgie). Seuls, FONTAINE et MIALARET continuent à la défendre tout en lui reconnaissant un pourcentage élevé d'échecs.

— **Après suture ou suture + Gastro-entérostomie : 9 décès.**

Parmi ces 9, 3 se présentaient dans de mauvaises conditions pour l'intervention :

1 sujet âgé de plus de 70 ans, opéré à la 48^e heure est décédé ;

2 malades opérés après la 15^e heure sont décédés, l'un dans un tableau de péritonite, l'autre d'urémie (antécédents de néphrite chronique).

Nous n'avons donc observé que 3 décès sur 17 malades en mauvais état général confiés à la suture, soit un chiffre beaucoup moins élevé qu'après aspiration.

3 autres sont décédés d'affections intercurrentes post-opératoires : délirium, thrombose sylviennne, affection pulmonaire pré-existante.

3 sont des échecs de la méthode : 1 éventration, 2 péritonites.

Ces péritonites évoluant après suture posent le problème de la gastrectomie d'emblée ; l'autopsie n'a malheureusement pas été pratiquée dans nos 2 observations mais il est plausible de penser que cette évolution est due au lâchage de la suture. Il s'agissait une fois d'une perforation très large de l'angulus, la décision de gastrectomie était difficile à prendre car le sujet présentait une importante anémie ; et une fois d'un ulcère sténosant : la gastro-entéro-anastomose n'a peut-être pas suffi à mettre la suture au repos. Devant certaines lésions (perforations étendues, tissus friables, sténose pylorique) la gastrectomie est donc certainement souhaitable et fait alors courir peut-être moins de risques que la simple suture.

— **Après gastrectomie :**

Nous n'avons observé qu'un seul décès post-opératoire tardif par hémorragie au 20^e jour. Il s'agissait d'un des 3 mauvais cas confiés à la gastrectomie. Les 2 autres ne sont d'ailleurs pas très mauvais : gastrectomie à la 17^e et à la 18^e heure chez des malades assez jeunes. Certes, cette faible mortalité n'a pas une valeur absolue puisqu'il s'agit de cas pour la plupart favorables. La moyenne d'âge des gastrectomisés est inférieure à celle de notre statistique avec 50 % de moins de 40 ans.

Cependant un fait est frappant : c'est que les pourcentages de létalité post-opératoire retrouvés dans toutes les publications consacrées à la gastrectomie d'urgence pour ulcère perforé sont très bas. La statistique récente la plus importante est celle de JORDAN et DEBAKEY qui pratiquèrent 351 gastrectomies en urgence avec une mortalité de 2 % seulement. Ces auteurs ne trouvent que 25 % de contre-indications à l'intervention radicale. Moins importante mais plus frappante est la statistique de BARNICKEL qui, sur 56 perforations pratiqua 53 gastrectomies avec

une mortalité de 1,88 % seulement. GUILLEMIN, aucun décès sur 12 gastrectomies... Aucun des pourcentages de mortalité que nous avons pu lire n'est beaucoup plus élevé que ceux trouvés dans les gastrectomies faites à froid (Thèse de BLANCHET : 8 %). Les auteurs insistent tous par ailleurs sur la relative facilité technique de ces gastrectomies : péritoine se clivant bien, duodénum de libération facile, puisque l'ulcère se trouve dans la majorité des cas sur la face antérieure. Les suites opératoires sont simples : aucune fistule duodénale sur les 351 malades de COOLEY.

Devant des statistiques homogènes aussi importantes, il semble qu'il faille bien admettre que la gastrectomie pour perforation d'ulcère n'est pas grave en elle-même à l'époque où l'on peut préparer en quelques heures de manière valable un malade à l'intervention. Le traitement médical de la perforation donne ce délai à l'opérateur.

Nous concluons cette étude comme le font KOZOLL et MEYER, en disant que la principale cause de mortalité de l'ulcère perforé est la péritonite qui évolue malgré le traitement : 9 cas sur 18 et 1 abcès sous-phrénique. C'est dire l'importance du drainage et du nettoyage de la cavité péritonéale si le malade est opéré. Nous n'avons pas observé cette évolution après gastrectomie d'urgence.

II — LES COMPLICATIONS POST-OPERATOIRES

Le temps d'hospitalisation des malades a été en moyenne de 15 jours, mis à part ceux qui ont été traités par aspiration pour lesquels ce délai est moins long. Nous n'avons par retenu comme complication les retards de cicatrisation cutanée.

A — **Après gastrectomie** : 1 infarctus pulmonaire au 6^e jour. Suites simples.

B — **Après suture** :

- 1 délirium,
- 1 atelectasie traitée par broncho-aspiration,
- 2 éventrations réopérées immédiatement,
- 1 parotidite,
- 1 occlusion par le bouton avec lequel avait été faite l'anastomose de la gastro-entérostomie, obligeant à une réintervention 2 mois plus tard.

Ces complications n'ont aucune spécificité ; par contre il en est de plus particulières à l'ulcère perforé :

— 2 abcès résiduels :

- 1 abcès sous-phrénique ayant nécessité 2 réinterventions,
- 1 abcès du Douglas (opéré à la 16^e heure) après échec de l'aspiration), guéri par drainage.

— 3 hémorragies :

2 furent très inquiétantes, survenant aux environs du 8^e jour, elles posèrent le problème de la gastrectomie d'urgence, puis cédèrent au traitement médical. Un de ces malades dut être gastrectomisé d'urgence 2 ans plus tard pour récurrence hémorragique ; l'autre fut perdu de vue.

1 hémorragie microscopique se traduisit par une anémie avec Weber +. Un traitement médical fut institué.

Le nombre de ces complications est donc relativement élevé.

C — Après aspiration :

Nous avons relevé deux sténoses duodénales totales dès la reprise de l'alimentation chez nos malades ainsi traités. C'est un fait cliniquement difficilement explicable car ils ne présentaient aucune sténose antérieure à la perforation ; nous ne disposons pas, malheureusement, de clichés gastriques antérieurs et ne pouvons donc l'affirmer.

Monsieur M... — 65 ans.

Ulcéreux connu depuis 4 ans, en mauvais état général.

Clinique typique.

Le 13-9-1962 : Mise en aspiration - Va bien.

Dès la reprise alimentaire, apparition d'une sténose duodénale typique.

Radiologie : Estomac de sténose - niche duodénale.

Le 24-9-1962 : G.E.A. : Ulcère duodénal bouché par la face inférieure du foie.

Décès le 27-9-1962 : Etat de choc malgré le traitement.

Monsieur P... — 71 ans.

Ulcéreux connu depuis 20 ans.

Une hématomérose en 1960.

Clinique typique.

Le 16-7-1961 : Mise en aspiration - Va bien.

Mais apparition d'une sténose totale.

Le 25-7-1961 : Gastrectomie : Ulcère duodénal perforé bouché par la vésicule.

— Section opératoire du cholédoque.

Décès le 10-8-1961 : Abscessus sous-phrénique.

Ceci a déjà été signalé par Van MEERBECK qui l'a observé chez un de ses malades traités médicalement. La gastrectomie secondaire permet de le sauver, elle est particulièrement grave chez ces sujets affaiblis et ne doit être effectuée qu'après une préparation médicale soignée qui fit peut-être défaut dans nos 2 observations.

L'ulcère peut donc continuer sa poussée évolutive (3 hémorragies 2 sténoses) et il serait certainement bon d'ajouter à la thérapeutique d'urgence un traitement médical anti-ulcéreux de base qui pourrait prévenir l'apparition de ces complications.

LES RESULTATS ELOIGNES

C'est certainement la partie la plus intéressante de notre étude. Il est évident qu'on ne peut comparer les résultats de la gastrectomie d'emblée avec ceux de la simple suture ou aspiration, qui n'ont pas l'ambition de guérir l'ulcère. Il est actuellement bien admis, contrairement à ce qu'on a pu dire à certains moments, que l'ulcère continue à évoluer après l'épisode perforatif dans un nombre impressionnant de cas. Nous essayerons d'étudier l'influence de différents facteurs sur ces résultats éloignés et de voir si on peut prévoir au moment de la perforation la tendance évolutive de l'ulcère qu'on a à traiter.

Mais parlons auparavant des résultats éloignés de la gastrectomie d'urgence.

I — LES RESULTATS APRES GASTRECTOMIE D'URGENCE

On a souvent reproché à la gastrectomie pour perforation d'être faite en période de poussée ulcéreuse, sans traitement médical préalable, et de favoriser ainsi les mauvais résultats post-opératoires, et notamment la survenue d'ulcères peptiques.

Nous avons envoyé des questionnaires aux 28 malades ayant survécu à la gastrectomie d'urgence. Nous leur avons demandé s'ils se considéraient comme guéris, ne pensant plus à leur estomac, ou, dans le cas contraire, quels troubles ils ressentaient.

- 9 n'ont pas pu être retrouvés. Nous disposons donc de 19 réponses valables.
- **13 se considèrent comme complètement guéris.** Ils ne ressentent aucun trouble digestif (près de 69 %). Sur ceux-là, 4 n'ont pas retrouvé leur poids normal mais ne se sentent pas gênés.
- **5 résultats moyens, mais pas mauvais du tout :**
 - 3 malades se plaignent de ballonnements post-prandiaux qui font évoquer le syndrome du petit estomac
 - 1 se plaint de temps à autres de fringales nocturnes : probablement hypoglycémie post-gastrectomie ;
 - 1 est obligé de s'étendre dix minutes après les repas : il s'agit d'un dumping syndrome, mais sous une forme très mineure (26 %).
- **1 mauvais résultat (5 %) :** Ce malade, gastrectomisé d'urgence en 1958 a recommencé à souffrir en 1961. Les radiographies mirent en évidence un ulcère peptique. Il a été réopéré en 1962 : Opération de DRAGSTEDT. Depuis, il ne présente plus aucun trouble digestif.

Ces résultats sont comparables à ceux de la gastrectomie à froid. BLANCHET, dans sa thèse en 1950, étudiant les résultats de 639 gastrectomies effectuées par le Professeur PEYCELON note 80 % de résultats parfaits, 15 % de résultats moyens, 5 % de mauvais résultats. Les résultats moyens sont plus nombreux dans notre série mais il s'agit de malades qui ne souffrent absolument plus et dont l'inconfort digestif ne les gêne que modérément. D'ailleurs les malades opérés de 1947 à 1956 ont tous d'excellents résultats ; ce ne sont que parmi ceux qui ont été traités de 1957 à 1962 que se trouvent les résultats moyens. Il est probable que l'adaptation à la gastrectomie n'est pas encore totalement réalisée.

Ces chiffres sont confirmés par tous les chirurgiens ayant réalisé des gastrectomies d'urgence DEBAKEY, JORDAN et COOLEY en étudiant les résultats lointains de la gastrectomie trouvent 88 % de bons résultats ; le nombre d'ulcères peptiques n'est élevé qu'après gastrectomie effectuée selon la technique de BILLROTH II qu'ils ont abandonnée (mais ceci est également vrai pour les ulcères non perforés). BARNICKEL est satisfait du résultat de ses 53 gastrectomies d'urgence, de même MAYNARD et PRIGOT, Van MEERBECK...

On ne peut donc faire grief à la gastrectomie d'urgence de la mauvaise qualité de ses résultats éloignés.

II — LES RESULTATS APRES SUTURE ET GASTRO-ENTEROSTOMIE

Elle a connu une grande vogue. A Lyon, CLAVEL en a été le grand défenseur. Il lui confère une valeur supérieure à celle de la suture car elle met en repos l'estomac. De même de MOURGUES dans sa thèse (1933).

Nous comptons 33 malades ainsi opérés.

- 3 sont décédés,
- 8 n'ont pas répondu à notre questionnaire.

Nous ne disposons donc que de 22 observations. Le temps d'observation est, dans la majorité des cas, supérieur à 5 ans.

A — 6 malades durent être réopérés par le Professeur PEYCELON, pour **ulcère peptique** : l'intervention a toujours été une dégastro-gastrectomie.

La symptomatologie douloureuse est réapparue une fois 3 mois après l'intervention, quatre fois 2 ans après. Le syndrome ulcéreux était intense et n'a pas réagi au traitement médical. Une fois enfin le signe d'ulcère peptique a été une hématomèse massive avec anémie aiguë obligeant à une intervention en semi-urgence.

- Dans tous les cas, l'ulcère siégeait sur la bouche de gastro-entérostomie et dans 3 cas une sténose duodénale a été notée à l'étude de la pièce opératoire.
- Les résultats des réinterventions ont été bons dans 5 cas.
- Un malade a été perdu de vue.

Le pourcentage d'ulcères peptiques est donc de 27 %. C'est à 3 % près le même chiffre trouvé après gastro-entérostomie pour ulcère non compliqué (Thèse de MOLLARD).

B — 6 malades durent être réopérés pour des **syndromes ulcéreux graves** résistant au traitement médical. La radiologie est alors difficile à interpréter et l'indication fut posée essentiellement sur les signes cliniques. Dans 3 cas cependant, le bulbe duodénal semblait déformé, dans 3 l'évacuation gastrique se faisait entièrement par la bouche de gastro-entéro-anastomose signant une sténose duodénale. L'intervention pratiquée fut toujours une dégastro-gastrectomie.

Les constatations opératoires mirent 4 fois en évidence un ulcère duodénal évolutif responsable des douleurs. L'accalmie clinique avait varié de 6 mois à 5 ans. Les suites ont toujours été simples et les malades guéris.

Deux fois, la pièce opératoire ne montra aucun ulcère :

— Observation N° 44 : Monsieur M...

4 mois après gastro-entérostomie et suture pour ulcère duodénal perforé, apparition d'un syndrome ulcéreux grave avec hémorragies. Le traitement médical est inefficace. Souffre toujours 5 ans plus tard. Le 11-11-1947 : Dégastro-gastrectomie.
Pas d'ulcère, mais gastrite très importante.
Guéri.

La deuxième observation est peut-être l'histoire d'une erreur d'indication.

— **Observation N° 168 : Monsieur B...** — 34 ans (sujet italien).

Se plaint, dans les jours qui suivent le traitement d'un ulcère duodénal perforé, de douleurs épigastriques atypiques ; ces douleurs résistent à un traitement médical qu'il dit avoir sérieusement suivi. Finalement, 2 ans plus tard, le 8-9-1954 : Dé gastro-gastrectomie : pas d'ulcère visible, mais gastrite.

Ce malade est un mauvais résultat : il a continué à souffrir. Il a dû être réopéré en Italie, où les chirurgiens nous ont écrit avoir trouvé une bride sur l'anse afférente. Actuellement, il souffre encore et a dû changer de travail. Il représentait un mauvais terrain chirurgical et n'aurait pas dû être réopéré.

C — Un cas réopéré est à mettre à part : il n'est pas au passif de la gastro-entéro-anastomose, mais l'intervention fut pratiquée devant une image suspecte de l'angulus :

Monsieur C... — 42 ans.

Opéré le 20-8-1947 : Suture + G.E.A. pour ulcère pylorique calleux. Suites simples.

Les radiographies de contrôle montrent une niche de l'angulus qui fait suspecter un néoplasme.

Le 18-12-1947 : Dé gastro-gastrectomie.

Suites simples.

Guéri.

D — 4 sujets présentent un syndrome ulcéreux rendu supportable par le traitement médical et n'ont pas été réopérés.

- 1 présente depuis 20 ans 2 poussées par an ;
- 1 resté 10 ans sans symptôme souffre à nouveau depuis 2 ans ;
- les 2 autres souffrent depuis 4 ans environ, 1 an après la gastro-entéro-anastomose.

E — 5 seulement sont guéris et n'ont jamais souffert : parmi ceux-là, 3 n'ont été suivis que 3 ans, ce qui est insuffisant pour affirmer qu'ils sont définitivement débarrassés de leur ulcère.

Le bilan de la gastro-entéro-anastomose est donc catastrophique :

- 13 réinterventions sur 22 (près de 60 %) ;
- 4 récives du syndrome ulcéreux, ce qui porte le nombre de mauvais résultats à 77 % ;
- 5 seulement n'ont pas souffert (23 %) mais 3 n'ont pas été suivis assez longtemps pour être à l'abri d'une récive ulcéreuse.

Ces résultats sont comparables à ceux de la suture ; le geste opératoire est plus grave au moment de la perforation et secondairement lorsqu'il faut pratiquer une dé gastro-gastrectomie. C'est pourquoi les travaux parus depuis 1950 ne mentionnent pas la gastro-entéro-anastomose dans le traitement de l'ulcère perforé. Il est des cas où la suture est sténosante et où la gastro-entéro-anastomose semble alors indiquée. Il vaut mieux alors avoir recours à la gastrectomie d'emblée, et ne réserver la suture qu'à quelques malades très âgés, en mauvais état général, sachant qu'elle n'est qu'un pis-aller et une opération décevante.

III — RESULTATS APRES SUTURE :

C'est le traitement qui a été appliqué à la moitié de nos malades, et c'est certainement l'intervention qui est actuellement la plus pratiquée pour les perforations ulcéreuses du monde entier. Ses résultats éloignés sont donc particulièrement intéressants à connaître.

Nous avons procédé pour notre enquête de la même façon que pour les groupes précédents, en envoyant des questionnaires aux malades qui n'avaient pas été revus depuis un certain temps aux consultations du Professeur PEYCELON.

Nous nous sommes informés de l'existence éventuelle d'un syndrome ulcéreux et d'une réintervention possible effectuée en d'autres services.

Nous avons par ailleurs divisé les 94 observations des malades survivants traités par suture en 2 catégories : ceux qui ont été opérés avant janvier 1959, donc suivis 5 ans, et les autres.

— Nous avons compté 33 malades opérés avant 1959 :

- 5 n'ont pas répondu ;
- sur les 28 restants : 7 ont subi une gastrectomie de principe dans les suites de la suture alors qu'ils ne présentaient aucun signe d'évolution ulcéreuse ; nous y reviendrons dans un chapitre ultérieur.
- Nous n'étudierons donc les suites lointaines que de 21 malades.

— 61 sujets ont été opérés après 1959 :

- Nous déplorons 29 perdus de vue ; il s'agit en majeure partie d'Algériens et d'Italiens ayant changé de domicile et n'ayant pu être retrouvés.
- Sur les 37 que nous avons suivis, 7 ont subi une gastrectomie secondaire de principe. Donc 30 malades ont pu être suivis.

A — Les malades guéris

- Dans le premier groupe, 3 seulement n'ont présenté aucun symptôme ulcéreux 12, 6 et 5 ans après l'intervention initiale, soit 14 % seulement ;
- Dans le deuxième groupe, 7 n'ont plus jamais souffert (23 %) ;
 - 1 depuis 4 ans ;
 - 3 depuis 3 ans ;
 - 1 depuis 1 an.

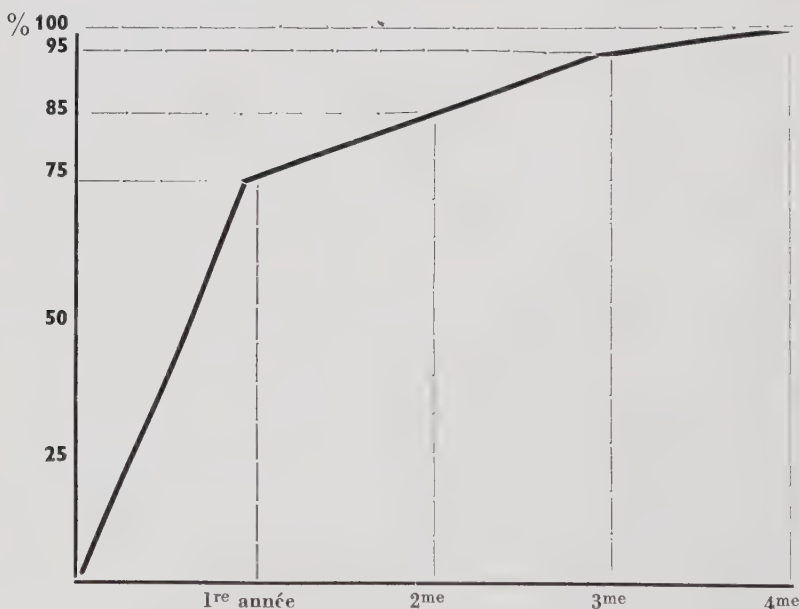
Tous nos malades ont été mis au traitement anti-ulcéreux à la sortie du service. Ils l'ont suivi pendant 1 mois au moins et ont été ensuite conseillés par leur médecin traitant. Nous n'avons pu obtenir de précisions exactes sur les modalités de celui-ci : la plupart ont simplement répondu par oui ou par non à la question que nous leur posions à ce sujet, sans dire de quelle manière ils l'avaient effectué.

Ces faibles pourcentages de guérison (même pour les malades récemment opérés) rejoignent ceux qui ont été retrouvés par d'autres auteurs : MULLER chiffre le risque de récurrence à 3/5 ; PALUMBO ne note que 21 % de guérisons ; pour HASTINGS, 15 % de guérisons. NORBERG a étudié de façon intéressante l'influence du temps sur le pourcentage de guérison : après 5 ans d'observation le nombre de sujets guéris atteint 26 % dans sa série ; ce pourcentage diminue de 1 % pour chaque tranche de 5 ans. La majorité des auteurs s'accorde donc à trouver le chiffre de 20 % de guérison complète, et parfois moins lorsqu'on suit assez longtemps les observations.

B — Les reviviscences ulcéreuses :

- Dans le premier groupe 18 sujets ont souffert à nouveau de leur ulcère ; parmi eux 15 ont dû être réopérés (71 %) ;
- Dans le deuxième groupe, 23 ont à nouveau présenté des signes de maladie ulcéreuse — 12 ont été réopérés (40 %).

La date d'apparition du syndrome ulcéreux est variable ; elle est le plus souvent précoce.



75 % de poussées surviennent au cours de la première année qui suit l'intervention ; puis le chiffre augmente de 10 % par an jusqu'à la quatrième année. Ceci justifie les chiffres que NORBERG donnait sur la guérison ulcéreuse, et que nous avons cités : 98 % des reviviscences ulcéreuses se font au cours des cinq premières années, et 2 % seulement au cours de la décade qui suit ; nous n'avons pas, dans nos observations de reviviscences tardives : ce sont probablement des sujets perdus de vue.

Comment s'est traduite cette reviviscence ulcéreuse ?

D'une part, **par des complications ulcéreuses** (17,50 %) qui ont toutes nécessité des réinterventions :

- 3 perforations itératives ;
- 4 hématoméses cataclysmiques obligeant à des réinterventions en semi-urgence ;
- 2 sténoses pyloriques.

Les hématoméses et les perforations itératives sont apparues brusquement chez des sujets non traités médicalement. Les 2 sténoses pyloriques se sont par contre installées progressivement malgré un traitement médical sérieux

Chez les 32 sujets restants, la reviviscence ulcéreuse n'a été marquée que par la réapparition d'un syndrome ulcéreux sévère. Nous avons essayé de juger de l'effet du traitement médical sur ces douleurs particulièrement intenses : il semble peu marqué.

- 5 de ces malades ont été réopérés d'emblée, sans traitement préalable car il semblait que leur travail et leur condition sociale le leur interdisaient de manière sérieuse.
- 3 ont été adressés à des consultations médicales quand nous les avons revus, à l'occasion de ce travail ;
- Les 24 autres ont tous été traités médicalement suivant les avis des consultations médicales spécialisées (service du Professeur LEVRAT). Aucun n'a été véritablement guéri de son ulcère :
 - 13 ont dû être gastrectomisés,
 - Les 11 autres sont obligés de suivre un traitement médical continu et présentent malgré tout une à deux poussées ulcéreuses par an. Ils mènent donc une vie inconfortable.

Nous n'avons pas observé de signes digestifs mineurs comme le signale NORBERG ; dans tous les cas les réponses que nous avons reçues nous décrivent des syndromes ulcéreux caractéristiques.

Les ulcères perforés et suturés font donc preuve d'une particulière tendance évolutive : ce caractère rebelle au traitement médical en est la preuve. Dans aucune des statistiques sortant des services médicaux on ne trouve un aussi grand nombre d'ulcères résistants et un tel pourcentage d'indications logiques de chirurgie radicale.

Pour résumer ces résultats éloignés de la suture, nous avons relevé dans les observations que nous avons pu suivre, 20 % de guérisons, 17,5 % de complications ulcéreuses, le reste des malades présentant un syndrome ulcéreux plus ou moins grave résistant au traitement médical et ayant fait poser un grand nombre d'indications de gastrectomies.

Ces chiffres sont en accord avec ceux que nous avons relevés dans la littérature.

IV — LES RESULTATS APRES ASPIRATION :

Des 35 malades traités par l'aspiration continue :

- 9 ont été perdus de vue,
- 16 ont subi des gastrectomies de principe dans les suites immédiates de la perforation ulcéreuse.

Il ne nous reste donc que 10 observations dont nous avons pu étudier les résultats lointains. Ils sont comparables à ceux que nous avons trouvés après suture

- **2 malades guéris** : 1 depuis 5 ans,
1 depuis 1 an (20 %)
- **8 ont présenté une récurrence de leur syndrome ulcéreux ou des complications de l'aspiration** ayant nécessité une réintervention :
 - 1 abcès au contact de la perforation — Gastrectomie 1 mois plus tard ;
 - 3 sténoses pyloriques apparues immédiatement pour 2 d'entre elles, 4 mois après pour la troisième ;
 - 1 perforation itérative ;
 - 1 décès par hématoméso foudroyante avant toute possibilité thérapeutique ;
 - 2 ont recommencé à présenter un syndrome ulcéreux sévère et ont été traités médicalement. »

V — ANALYSE DES RESULTATS ELOIGNES

Nous n'étudierons que les résultats des sujets ayant été traités par suture et par aspiration, notre but étant de rechercher quels sont les facteurs qui permettent de prévoir une évolution favorable après une thérapeutique conservatrice. Nos chiffres n'ont pas grande valeur n'étant pas assez importants ; nous les étayerons sur ceux que nous avons pu relever dans les principaux travaux consacrés à cette question. Nous disposons d'un total de 61 observations :

49 récidives : 80 % ;

12 restés asymptomatiques : 20 %.

I — Les antécédents

BAGER, en 1929, mit le premier en évidence le fait que le risque de récurrence ulcéreuse augmente avec la durée des symptômes antérieurs à la perforation : en étudiant 136 cas d'ulcères suturés, il trouva 2 fois plus de reviviscences ulcéreuses chez des malades ayant des antécédents que chez les autres (60 et 30 %) MALMOS et HIERTONN trouvèrent 88 % d'ulcères évolutifs après suture chez des patients ayant une histoire ulcéreuse remontant à plus de 5 ans, 63 % chez ceux dont les antécédents étaient plus récents ; donc pronostic beaucoup moins favorable dans le premier groupe. Tous les avis convergent pour le confirmer.

Parmi nos 49 malades ayant récidivé :

- 9 très vieux ulcères (5 ans et plus) = 18 % ;
- 11 ulcères connus depuis plus de 2 ans = 22,4 % ;
- 4 syndrômes ulcéreux remontant à plus de 2 ans, sur lesquels le diagnostic d'ulcère n'avait pas été apposé = 8 % ;

Donc près de 50 % d'antécédents ulcéreux remontant à plus de 2 ans.

- 10 malades souffrant depuis moins d'un an = 20 % ;
- 6 troubles dyspeptiques vagues = 30 %.
- 9 ne présentant aucun symptôme

Parmi les 12 malades ayant guéri nous relevons :

- 2 ulcères connus seulement (17,6 %) ;
- 2 qui ne souffraient que depuis quelques mois (17 %) ;
- 8 n'avaient jamais présenté aucun symptôme gastrique (66 %).

La différence est donc très nette. Des antécédents ulcéreux notables permettent de prévoir que dans un grand nombre de cas l'ulcère continuera à évoluer après perforation.

Par contre, il n'est pas vrai que des malades n'ayant jamais ou peu souffert avant la perforation resteront guéris après qu'elle ait été traitée : ils ont seulement 2 fois plus de chance que les autres de rester asymptomatiques, soit 40 % de guérisons prévisibles. Ce pourcentage se rapproche de celui que donne NORBERG, qui a fait l'étude la plus complète et la mieux fournie de ce problème : il trouve 35 % de guérisons totales après 5 ans chez 129 malades suturés pour perforation ulcéreuse et ne présentant aucun antécédent gastrique antérieur. Le chiffre tombe à 16 % pour les cas où un ulcère avait été diagnostiqué antérieurement. L'histoire clinique précédant la perforation doit donc jouer un rôle prépondérant dans les indications.

Nous avons par ailleurs recherché quelle était l'influence des hématomés antérieures à la perforation sur l'évolution ulcéreuse : parmi nos 61 malades, 5 avaient présenté des hématomés plus ou moins importantes dans les 2 années qui précédèrent l'épisode perforatif ; tous ont continué leur évolution ulcéreuse après une accalmie plus ou moins longue et ont dû être gastrectomisés. Un de ceux-ci a présenté une hémorragie très importante qui a fait poser l'indication opératoire. Il s'agit donc d'ulcères particulièrement évolutifs dont il ne faut pas espérer la guérison spontanée.

Nous avons essayé de faire le même travail en recherchant l'influence des antécédents héréditaires : malheureusement, nos résultats sont très incomplets, les réponses étant souvent imprécises sur ce sujet. Ils ne semblent pas avoir de valeur absolue puisque sur les 12 malades guéris 2 présentaient des ulcères familiaux.

Ceci sort d'ailleurs du cadre de notre question et pose le problème de la pathogénie de l'ulcère (LEVRAT) dont nous sommes incapables de parler.

2 — Le siège de l'ulcère

Il a été souvent écrit que le risque de récurrence ulcéreuse était plus important pour l'ulcère duodénal que pour l'ulcère gastrique. C'est l'opinion de MALMOS et HIERTONN (1949) qui trouvent 22 % de guérisons après ulcère gastrique, contre 13 % pour ulcère duodénal. Les résultats des statistiques de ROMKE, KRAMP parlent dans le même sens.

Il ne nous a semblé quant à nous jouer aucun rôle dans le potentiel évolutif de l'ulcère.

Les sujets ayant récidivé présentaient :

- 34 ulcères duodénaux (69 %) ;
- 14 ulcères gastriques (31 %) ;
- 1 ulcère peptique.

Ces chiffres sont comparables à ceux que nous avons trouvés lorsque nous avons étudié la topographie des ulcères perforés dans notre premier chapitre (34 % d'ulcères gastriques — 61 % de localisations duodénales).

Les 12 malades guéris présentaient :

- 6 ulcères duodénaux (60 %) ;
- 4 ulcères gastriques (40 %) ;
- 2 localisations inconnues (aspiration).

Il nous semble donc logique de conclure avec NORBERG que la situation de l'ulcère n'a aucune importance. Il est cependant évident que les ulcères duodénaux fournirent un plus grand nombre d'ulcères compliqués (sténoses).

Il aurait été intéressant de rechercher les caractères anatomo-pathologiques de l'ulcère calleux ou aigu, mais comme nous l'avons déjà dit, nous n'avons aucune précision sur les lésions rencontrées dans un trop grand nombre de cas. Cette étude a donc été impossible. Les résultats doivent en fait être les mêmes que ceux donnés par l'analyse des antécédents.

3 — Influence de l'âge sur le pronostic :

Les opinions sont très variables sur ce problème : pour IVY, GROSSMANN, BACHRACH (1950) le pronostic est meilleur chez les sujets âgés (30 % de opérés asymptomatiques au-dessous de 50 ans et 3 ans après la perforation ; 50 % au-dessus de 50 ans). Ce sont les seuls de cet avis. Ceux qui ont essayé de vérifier se sont toujours heurtés à des résultats discordants : BIERRING, KRARUP...

Nous avons comparé l'âge des sujets de nos séries avec l'âge moyen de l'ensemble de nos observations :

Age	20 à 30 ans	30 à 40 ans	40 à 50 ans	50 à 60 ans	60 à 70 ans	70 et plus	Total
Récidives	9	6	14	10	7	3	49
°/° de Récidives	18 °/°	12 °/°	29 °/°	20 °/°	15 °/°	6 °/°	
°/° global	13 °/°	23 °/°	25 °/°	17 °/°	14 °/°	8 °/°	
Guéris	2	1	3	2	2	2	12
°/° de Guérisons	16 °/°	10 °/°	26 °/°	16 °/°	16 °/°	16 °/°	

On ne trouve donc aucun résultat significatif. Le jeune, comme le vieillard, ne sont absolument pas à l'abri d'une récurrence ulcéreuse. L'âge du malade au moment de la perforation n'a pas d'influence sur l'évolution ulcéreuse ultérieure. Il est très important de noter que dans les 2 observations où la récurrence s'est faite après 72 ans, une gastrectomie d'urgence a été rendue obligatoire par une importante hématomérose ; une autre a été pratiquée en raison d'une sténose pylorique résistant au traitement médical. Le risque couru a été important dans les deux cas. Nous ne pouvons retenir de ce paragraphe que cette notion : un sujet âgé n'est pas à l'abri d'une complication ulcéreuse ultérieure ; le risque évolutif est comparable à celui du jeune.

4 — Les radiographies de contrôle :

Un certain nombre de radiographies gastriques a été pratiqué avant que nos malades quittent le service. Nous avons essayé de voir si nous pouvions trouver un élément de pronostic dans les déformations de la morphologie gastrique ainsi objectivées après la guérison de la perforation.

Nous ne pouvons malheureusement pas fournir de chiffres ayant une valeur statistique, cet examen n'ayant parfois pas été pratiqué, des résultats ayant été perdus dans les cas que nous étudions.

Nous disposons de 21 comptes rendus radiologiques de sujets ayant par la suite récidivé.

- 6 fois les radiographies étaient absolument négatives ;
- 6 fois on a noté des déformations du bulbe très évocatrices d'ulcère ;
- 5 images de niches (dont 4 siégeaient sur la petite courbure) ;
- 4 fois, des images de sténoses (dont 3 apparues précocement après aspiration dont nous avons déjà parlé) ;

Nous n'avons jamais observé d'images propres à l'ulcère perforé suturé.

On remarque le pourcentage très important de clichés absolument normaux (28,5 %).

Nous avons retrouvé 8 comptes rendus radiologiques de malades n'ayant pas récidivé :

- 2 radiographies étaient absolument négatives (cette éventualité peut faire douter du diagnostic lorsque le sujet a été traité par aspiration) : 25 % ;
- 4 déformations ulcéreuses du bulbe ;
- 2 niches duodénales.

Il serait intéressant d'avoir des chiffres plus importants. On peut cependant penser, à la lecture de ces résultats, que la radiographie n'a pas de signification immédiatement après l'épisode perforatif puisque 6 sujets dont l'ulcère était objectivé radiologiquement ont guéri, alors que 6 autres, sur les radiographies desquels on ne voyait qu'un estomac normal ont souffert à nouveau de leur ulcère. Ces images sont d'ailleurs particulièrement troublantes puisqu'elles nous démontrent que certains ulcères peuvent disparaître très vite après la perforation ; c'est ce qui avait contribué à répandre la croyance que la suture guérit l'ulcère.

Nous avons retrouvé cette éventualité lorsque nous avons étudié les comptes rendus opératoires des malades gastrectomisés précocement après leur perforation : certains estomacs semblent macroscopiquement normaux. On doit alors penser que l'ulcère qui se manifeste par la suite est un nouvel ulcère, et parler dans ce cas de véritables récidives ulcéreuses. Ceci a été confirmé deux fois par les constatations faites au cours de la réintervention ultérieure.

Voici les 2 observations :

Monsieur M... — 47 ans.

Première poussée.

Clinique typique — Radiologie positive.

Le 11-2-1963 : Suture d'un ulcère perforé de l'angulus.

Suites simples.

Radios de contrôle négatives.

Malgré le traitement médical, recommence à souffrir 1 mois plus tard. — Radiographies : Ulcère du bulbe.

Le 11-7-1963 : Gastrectomie : il s'agit d'un ulcère du bulbe duodéal. Suites simples.

Guéri.

Monsieur T... — 58 ans.

Première poussée.

Clinique typique — Radiologie négative.

Le 10-4-1959 : Après échec de l'aspiration, suture d'un ulcère perforé de DI.

Suites simples — Radiologie négative.

Malgré le traitement médical, recommence à souffrir 2 mois plus tard : syndrome ulcéreux sévère.

Le 7-10-1959 : Gastrectomie : Ulcère pylorique à 5 cm du pylore.

Suites simples.

Guéri.

Les 4 autres malades dont les radiographies étaient négatives après traitement de la perforation ont été revus à l'occasion de ce travail :

- 2 sont traités médicalement et semblent très améliorés par ce traitement (ce qui n'est pas le cas, comme nous l'avons dit, des ulcères perforés évolutifs) ;
- les 2 autres ont été adressés à la consultation du Professeur LEVRAT pour traitement médical : il est encore trop tôt pour avoir de leurs nouvelles, mais nous espérons qu'ils pourront éviter une gastrectomie.

Nous n'avons pas retrouvé d'étude concernant des radiographies effectuées précocement après la perforation. NORBERG par contre a consacré une importante partie de son travail à l'étude radiologique tardive des malades de sa statistique. Sur 142 examens pratiqués il ne trouve que 7 estomacs absolument normaux ; dans certains cas, qu'il ne chiffre pas, les images de niche ulcéreuse siègent à un endroit différent de l'ulcère originel tel que l'avait décrit l'opérateur. Il l'explique en disant que c'est une erreur de celui-ci qui avait pris un ulcère duodénal pour un ulcère gastrique, ou inversement. Il nous semble plus logique d'admettre qu'il s'agit d'une nouvelle manifestation de la maladie ulcéreuse et d'être, dans ce cas-là, partisans d'un traitement médical plus longuement poursuivi.

Pour conclure l'étude des résultats éloignés en quelques lignes, nous pouvons dire :

- qu'après suture ou aspiration, le pourcentage d'ulcères faisant à nouveau parler d'eux est de 80 % ;
- que si l'on trouve des antécédents ulcéreux il s'élève à 90 % et tombe au contraire à 70 % chez des malades sans antécédents ulcéreux ;
- qu'un ulcère perforé reste guéri 5 ans, a 95 % de chances de rester définitivement asymptomatique ;

- qu'aucun facteur autre que les antécédents ne permet de prévoir le potentiel évolutif de l'ulcère. Les radiographies précoces notamment ne donnent pas de résultat valable puisqu'un nouvel ulcère peut se révéler, ou que l'ulcère perforé peut guérir dans les mois qui suivent ;
 - l'âge avancé ne met pas à l'abri de complications ulcéreuses ultérieures ;
 - et enfin que l'ulcère qui fait parler de lui après s'être perforé réagit mal au traitement médical et demande souvent des sanctions thérapeutiques plus actives.
-

LES REINTERVENTIONS APRES PERFORATION ULCEREUSE

Nous n'étudierons pas dans ce chapitre les réinterventions après gastro-entéro-anastomose ou après gastrectomie : nous en avons déjà parlé ; le problème qu'elles posent est différent de celui de la perforation ulcéreuse qui nous intéresse.

Le pourcentage des malades réopérés après perforation est très important dans notre série. Il a été pratiqué en effet :

- 30 gastrectomies de principe ;
- 33 réinterventions ultérieures ;

soit 63 réinterventions (47 % des 129 sujets ayant survécu au traitement initial. Si nous éliminons les 31 perdus de vue, le pourcentage atteint 65 %).

Ce pourcentage est légèrement supérieur à ceux que nous avons relevés dans la littérature ; il provient certainement du nombre assez important de gastrectomies de principe : 37,5 % pour HASTINGS ; 29 % pour KOZOLL et MEYER. Ces deux auteurs n'ont tendance à poser l'indication de réintervention que devant une complication (sténose-hémorragie).

On trouve également beaucoup de chiffres plus élevés : HARBRECHT et HAMILTON : 50 % d'échec du traitement médical nécessitèrent des réinterventions. 254 malades de NORBERG (sur 444, soit 57,2 %) durent être réopérés.

A quelques variantes près, ces pourcentages sont très élevés, et on peut dire qu'un nombre considérable d'ulcères perforés doivent être réopérés ; c'est dire aussi que les malades ayant survécu à la perforation courent de ce fait un risque important.

Nous étudierons successivement :

I — LES GASTRECTOMIES DE PRINCIPE

Beaucoup de chirurgiens les pratiquent, mais peu ont parlé de leurs résultats. C'est une attitude qui semble intellectuellement satisfaisante : traiter la perforation par aspiration si possible, ou suture, puis, quelques jours plus tard, gastrectomiser un malade en meilleur état général.

MM. PEYCELON et DUJOL présentèrent en 1953 douze gastrectomies secondaires de principe dans un article étudiant les réinterventions gastriques après perforation d'ulcère. HASTINGS et MACHIDA, sur 328 survivants à la suture pratiquèrent 51 fois des gastrectomies en raison de la virulence des antécédents (hémorragies - sténoses) ou d'une suspicion de cancer. Ils ne parlent pas de leurs résultats. MULLER, dans un rapport fait par GUEULLETTE à la Société de Chirurgie en rapporte 41 cas, avec 2 décès seulement.

Dans le service de M. le Professeur PEYCELON, les gastrectomies sont appelées « secondaires de principe » lorsqu'elles sont pratiquées en l'absence de récurrence ulcéreuse. Elles sont faites de 10 jours à 1 mois, rarement plus, après l'épisode initial, dans le but d'éviter une récurrence ulcéreuse.

Leur indication a été posée sur une des conditions suivantes :

- antécédents ulcéreux très importants ;
- traitement médical prolongé de l'ulcère incompatible avec la situation sociale ;
- lésions anatomo-pathologiques très importantes lors de l'intervention primitive ;
- images radiologiques manifestes d'ulcère sur les clichés de contrôle post-opératoires.

Techniquement, les gastrectomies ont toujours été terminées par une anastomose à la POLYA précolique. Ce sont des opérations difficiles, disent les comptes rendus opératoires : la libération du duodénum est laborieuse, les adhérences sont serrées. Au 10^e jour ces phénomènes sont peu marqués, mais les difficultés sont très nettes lorsqu'on réopère un mois plus tard. En tous cas, la facilité de la gastrectomie d'urgence a disparu.

Les résultats immédiats

Ils témoignent de ces aléas : 5 décès post-opératoires sont à déplorer, soit une mortalité de 16,5 % prohibitive pour des ulcères, d'autant plus qu'il s'agissait toujours de malades jeunes. C'est dire la gravité de cette intervention beaucoup plus sévère que la gastrectomie d'urgence.

Monsieur P... — 26 ans.

Depuis 2 ans, syndrome ulcéreux.

Clinique typique. Radiologie positive.

Le 9-5-1952 : Mise en aspiration — Va bien.

Le 15-5-1952 : Gastrectomie : Ulcère duodénal perforé bouché par le foie.

Atelectasie au 2^e jour.

Décès le 18-5-1952 malgré une broncho-aspiration.

Monsieur S... — 38 ans.

Première poussée ulcéreuse.

Clinique typique.

Le 3-9-1953 : Aspiration — Va bien.

Le 17-9-1953 : Gastrectomie ; Ulcère duodéal perforé bouché par le foie.

Suites troublées par une occlusion.

Reprise le 28-9-1953 : bride étranglant l'anse efferente.

Décès le 29-9-1953 : Collapsus cardio-vasculaire.

Monsieur P... — 54 ans.

Depuis 6 ans, ulcéreux connu.

Clinique typique — Radiologie positive.

Le 14-4-1961 : Aspiration — Va bien.

Le 17-4-1961 : Gastrectomie : Ulcère duodéal perforé bouché par la vésicule.

Au 15^e jour : Péritonite par lâchage duodéal.

Décès le 3-6-1961.

Madame S... — 51 ans.

Sténose pylorique.

Clinique atypique : douleurs dans la fosse iliaque droite — Radiologie négative.

Le 1-11-1959 : Mac Burney : pus ;

Suture d'un ulcère duodéal perforé.

Suites simples.

Le 17-2-1960 : Gastrectomie de principe.

Fistule.

Décès le 18-4-1960.

Monsieur B... — 37 ans.

Souffre depuis 3 mois.

Clinique typique — Radiologie positive.

Le 29-12-1961 : Suture d'un ulcère pylorique.

Suites simples.

Le 9-3-1962 : Gastrectomie de principe.

Le 21-3-1962 : Pancréatite aiguë hémorragique — Décès.

La date de la réintervention par rapport à l'épisode initial semble jouer un rôle important :

15 premiers jours	15 au 30ème jour	2ème mois
13	11	6
3 décès	0 décès	2 décès

Les gastrectomies faites au 2^e mois ont toujours été très difficiles.

La gravité des gastrectomies très précoces est confirmée par l'observation de complications graves chez 2 malades entrant dans cette catégorie :

- Une fistule duodénale tarie spontanément — Gastrectomie faite 10 jours après la perforation ;
- Un encombrement pulmonaire majeur ayant nécessité une trachéotomie après une gastrectomie au 8^e jour.
- Ajoutons un infarctus pulmonaire chez un gastrectomisé au 11^e jour.

La mortalité des opérations effectuées dans les premiers jours qui suivent la perforation tient certainement à un facteur d'état général : sujets mis en aspiration plusieurs jours, se présentant avec un équilibre humoral fragile ; l'alimentation n'a pas été reprise la plupart du temps.

Alors que celle des réinterventions trop tardives tient avant tout à des facteurs techniques : difficultés de libération du duodénum, adhérences sus-mésocoliques...

La gravité des réinterventions secondaires est confirmée par JORDAN, DEBAKEY. Ils ont essayé à 20 reprises de pratiquer des gastrectomies secondaires et ont abandonné devant le nombre de complications qu'ils avaient rencontrées. Ils ne donnent malheureusement pas de précision supplémentaire sur la date de la réintervention et sur les ennuis qu'ils ont eus.

Le principe de ces réinterventions est très défendable, mais le moment opportun pour les réaliser reste à définir. Il se situe certainement, soit du 15^e au 30^e jour — l'alimentation orale ayant pu être reprise ; le malade s'étant levé ; soit beaucoup plus tard, au 6^e mois, mais ce n'est plus alors la véritable gastrectomie secondaire. Il faut revoir les malades, les hospitaliser, cela pose des problèmes et peut être gênant, professionnellement parlant, pour eux.

Plus séduisante que la gastrectomie secondaire est la gastrectomie différée qu'a effectué MIALARET dans 17 cas de perforation ulcéreuse après échec de l'aspiration. Il semble logique, plutôt que d'attendre la guérison de la perforation de préparer le malade 24 heures en le traitant médicalement et de le gastrectomiser très précocement si l'indication est valable. On ne rencontre pas alors les difficultés de la gastrectomie secondaire que nous venons de signaler et on se trouve dans les conditions techniques de la gastrectomie faite en urgence sur un bon terrain.

II — LES REINTERVENTIONS POUR REVIVISCENCES ULCEREUSES

Ce sont d'elles que traitent la plupart des auteurs étudiant les résultats lointains du traitement des ulcères perforés.

Dans notre série, nous en comptons 33, soit 33,5 % des malades suivis. C'est un chiffre faible ; il est expliqué par le grand nombre d'interventions précoces chez les sujets présentant un risque ulcéreux évolutif important.

1 — La date de ces réinterventions est très variable. Elle est cependant assez précoce dans un certain nombre de cas :

- 17 moins d'un an après la perforation ;
- 9 pendant la deuxième année ;
- 4 après la troisième année ;
- 3 de celles-ci ont été effectuées très tôt après l'épisode initial (10 jours après celui-ci) : nous les éliminerons dans la suite de notre chapitre — pour sténose pylorique dans 2 cas, et pour un abcès péri-duodénal compliquant une aspiration — Nous les avons exclues du cadre de la gastrectomie secondaire de principe puisqu'elles étaient absolument indispensables. Elles confirment la gravité de celles-ci, dont nous venons de parler, puisque nous avons déploré 2 décès dans cette courte série, ce qui porte à 21 % la mortalité des opérations effectuées dans les 2 mois qui suivent la perforation.

Nous avons, à titre indicatif, comparé ces chiffres avec ceux des ulcéreux qui nous ont été adressés pour récurrence ulcéreuse après perforation traitée ailleurs. Les délais sont beaucoup plus longs bien que les dates de la réapparition de la symptomatologie ulcéreuse par rapport à la perforation soient comparables.

La réintervention a été pratiquée :

- 5 fois de 1 à 2 ans après l'épisode initial ;
- 1 fois de 2 à 3 ans après l'épisode initial ;
- 3 fois de 3 à 4 ans après l'épisode initial ;
- 31 fois après 4 ans et plus.

La plupart ont souffert longtemps sans être soulagés par le traitement médical.

Il ne nous semble pas utile d'attendre si longtemps et de prolonger un traitement médical lorsque réapparaît un syndrome ulcéreux dans les suites d'une perforation : il est certainement très valable à titre pré-opératoire, mais est un échec dans la plupart des cas car il n'empêche pas l'ulcère de continuer à évoluer et surtout de se compliquer (6 sténoses pyloriques, 5 hémorragies graves, 3 perforations itératives sur les 31 sujets réopérés 4 ans après leur perforation, soit 45 % de complications). L'apparition de ces complications augmente le risque que l'on fait courir au malade lors de la réintervention et n'est absolument pas entravée par le traitement médical puisque 12 de ces 14 sujets ont été traités très longtemps avant d'être réopérés pour ces complications. Logiquement, et raisonnablement, la réapparition d'un syndrome ulcéreux après perforation d'ulcère doit faire envisager une gastrectomie après préparation médicale de 1 à 2 mois ; il est inutile de laisser souffrir quelqu'un ou d'attendre une complication.

Pour le confirmer nous avons noté que les 15 sujets qui ont souffert à nouveau de leur ulcère et qui n'ont pas été réopérés présentent 2 à 4 poussées ulcéreuses par an (excepté 1 qui ne souffre qu'une fois) — Deux ont fait des hémorragies.

La perforation remonte à plus d'un an dans 12 cas. Le recul n'a pas fait apparaître d'amélioration chez nos plus anciens opérés qui ont tous répondu à nos questionnaires en décrivant un syndrome ulcéreux typique. Le traitement médical qu'ils suivent tous soulage la poussée ulcéreuse en cours, mais ne l'empêche pas de réapparaître.

2 — **L'indication de réintervention** a été posée pour les raisons suivantes (mises à part les 3 réinterventions précoces que nous avons citées) :

- 3 fois pour sténose pylorique ;
- 4 fois pour hématoméso cataclysmique ;
- 4 fois pour perforation itérative ;
- 19 fois pour syndrome ulcéreux résistant au traitement médical (excepté dans 2 cas, où les sujets n'ont pas été traités).

Dans la seconde série des 40 observations vues secondairement :

- **18 fois, récidives après gastro-entéro-anastomose**
 - 6 ulcères peptiques (2 hémorragies graves) ;
 - 10 ulcères évolutifs ;
 - 2 gastrites.
- **22 fois pour des récidives après suture**, avec, comme nous venons de le dire :
 - 3 hémorragies graves ;
 - 6 sténoses ;
 - 3 perforations itératives ;
 - 10 syndromes douloureux résistant au traitement.

Nous n'insisterons pas sur ces récidives ulcéreuses qui n'offrent rien de particulier au point de vue symptomatique, sinon la particulière fréquence de leurs complications confirmant ce que nous en avons déjà dit : qu'elles posaient, a priori, une indication opératoire.

3 — **Ces réinterventions**, comme nous l'avons dit à la fin de notre précédent chapitre, nous ont permis de confirmer le fait que l'ulcère qui est responsable de la symptomatologie ulcéreuse après perforation n'est pas le même que le premier dans un certain nombre de cas ; ceci est notamment vrai pour les ulcères gastriques perforés après lesquels la récidive ulcéreuse siège une fois sur deux sur le duodénum d'après LASSEN, qui fut le premier à publier une série de 10 cas de ce genre.

Ce fait n'est certainement pas aussi fréquent ; nous l'avons signalé pour expliquer peut-être dans certains cas la négativité des radiographies gastriques après la perforation.

Nous en avons observé 5 exemples évidents (7 % de nos réinterventions) :

- 2 fois ulcères pyloriques lors de la perforation retrouvés duodénaux lors de la réintervention ;
- 1 fois ulcère de l'angulus retrouvé sur le duodénum ;
- 2 fois ulcères duodénaux ayant récidivé sur la petite courbure et signalés comme ulcères de l'angulus à la réintervention.

Ce fait se rencontre donc assez fréquemment après ulcère gastrique perforé ; nous vérifions les observations de LASSEN, sans atteindre son pourcentage de 50 %.

Nous n'avons retrouvé aucune particularité à ces ulcères, sinon que dans 3 cas la guérison après la perforation a été plus longue que de coutume, la récurrence s'étant manifestée 16,5 et 4 ans plus tard.

4 — Les résultats :

Deux décès post-opératoires sur ces 70 gastrectomies (2 %), ce qui confirme ce que nous avions dit sur les gastrectomies secondaires de principe. Techniquement, elles ne posent pas plus de problèmes qu'une intervention de première main (NORBERG). Un des deux décès a été observé à la suite d'une gastrectomie en période hémorragique ; on en connaît la gravité.

Les résultats lointains sont ceux des gastrectomies : 35 malades nous ont répondu qu'ils étaient guéris complètement ; 11 résultats moyens (avec 2 dumpings) ; les autres sont perdus de vue (Thèse de BLANCHET).

III — LES PERFORATIONS ITERATIVES

Ce n'est pas une complication exceptionnelle. On l'a décrite après toutes les méthodes de traitement de la perforation d'ulcère qui n'enlevaient pas celui-ci : suture + gastro-entéro-anastomose (BAYER), mais surtout : suture et aspiration. Un nombre très important d'auteurs ont rapporté des cas de reperforations, c'est pourquoi nous passerons rapidement sur ce chapitre.

Nous pouvons faire état de 7 perforations itératives, dont 4 sur les 206 malades traités à l'Hôpital Edouard-Herriot pour leur première perforation. Les 3 autres ont été adressés dans le service du Professeur PEYCELON. Le pourcentage est donc de 4 sur 99 : 4 % (99 étant le chiffre des sujets traités par aspiration et suture et n'ayant pas bénéficié d'une gastrectomie de principe). Ce chiffre est celui qui est donné par la plupart des statistiques (NORBERG...).

Voici la liste de nos observations :

1 - **Monsieur R...** — 38 ans.

Première poussée ulcéreuse.

Clinique typique.

Décembre 1952 : suture pour perforation d'ulcère duodénal.

Guéri 5 ans.

En 1957 : souffre à nouveau. La radio montre une niche duodénale.
Traitement médical.

Le 4-5-1958 : Perforation itérative typique — Gastrectomie d'urgence.

Suites simples — Perdu de vue.

2 - **Monsieur R...** — 40 ans.

Ulcère connu depuis 4 ans.

1941 : Suture pour ulcère duodénal perforé.

Janvier 1946 : syndrome ulcéreux sévère.

Traitement médical.

Le 18-11-1946 : Perforation itérative typique.

Suture le même jour d'un ulcère duodénal.

Gastrectomie de principe le 12-12-1946.

Suites simples.

Guéri.

3 - **Monsieur M...** — 40 ans.

Syndrome ulcéreux depuis 16 ans.

1931 : Suture d'un ulcère duodénal perforé.

Guéri 14 ans, et, sans avoir souffert, brutalement, en 1945 : perforation itérative typique.

Février 1945 : Suture + G.E.A.

Recommence à souffrir et à maigrir en 1948 (Janvier).

Radiographie : ulcère peptique.

Le 2-7-1948 : dégastro-gastrectomie : ulcère peptique sur l'estomac.

Suites simples — Guéri.

Décédé en 1957 d'autres causes.

4 - **Monsieur P...** — 44 ans.

Quelques douleurs épigastriques.

Le 7-9-1950 : Suture d'un ulcère pylorique perforé.

Reste 1 an sans souffrir puis, brusquement, perforation itérative.

Le 17-12-1951 : Aspiration — Va bien.

Le 18-2-1952 : Gastrectomie.

Suites simples.

Guéri.

5 - **Monsieur F...** — 50 ans.

Premier symptôme.

Février 1957 : Suture d'un ulcère duodénal perforé.

Reste guéri 6 mois, puis perforation itérative typique.

Le 25-9-1957 : Aspiration.

Le 2-10-1957 : Gastrectomie de principe : ulcère de DI.

Suites simples.

Guéri.

6 - **Monsieur L...** — 45 ans.

Premier symptôme.

1960 : Suture d'un ulcère duodénal perforé.

Reprise d'un syndrome douloureux 3 mois plus tard, malgré le traitement médical.

Le 15-5-1963 : Perforation itérative typique.

Suture à la 4^e heure : ulcère perforé du bulbe.

Suites simples.

Recommence à souffrir (syndrome ulcéreux résistant).

7 - **Monsieur P...** — 59 ans.

Ulcéreux connu depuis 5 ans.

Février 1957 : Aspiration.

La radio montre un ulcère duodénal.

Suites simples.

Le 12-9-1960 : Perforation itérative typique.

Gastrectomie d'urgence à la 24^e heure : ulcère duodénal perforé.

Suites simples.

Guéri.

Nous ne ferons pas l'étude détaillée de la question : notons simplement que l'indication de gastrectomie d'urgence, si l'on se trouve dans des conditions correctes, semble particulièrement impérative ; 2 sujets non gastrectomisés : 2 récurrences ulcéreuses sévères. Il s'agit certainement d'ulcères à fort potentiel évolutif dont on ne peut rien attendre de bon.

NORBERG soulève la question de savoir si c'est le même ulcère ou un nouvel ulcère qui se perforé. Nous en avons déjà parlé. Le long intervalle de guérison observé dans une de nos observations nous ferait pencher pour la deuxième hypothèse ; cela n'a pas grande importance car l'indication thérapeutique semble particulièrement facile à poser.

Par ailleurs rien ne semble pouvoir prévenir une perforation itérative, le traitement médical n'empêche pas un ulcère de se perforer, nous en avons plusieurs exemples.

Les sujets ayant subi un traitement conservateur pour perforation ulcéreuse ont donc une chance sur deux d'être réopérés. L'étude de 63 réinterventions secondaires, auxquelles on peut adjoindre 40 observations venant de l'extérieur, nous permet de conclure :

- qu'il ne faut pas réopérer trop tôt après l'épisode perforatif, et qu'il vaut mieux ne poser une indication que quelques mois après, même si elle semble logique ;
- qu'il ne sert à rien de prolonger un traitement médical devant l'apparition d'une récurrence ulcéreuse, ce traitement, en effet, ne guérissant presque jamais l'ulcère, ne permettant qu'une vie inconfortable et n'évitant pas l'apparition des complications observées en très grand nombre ;
- que la gastrectomie est bien le plus sûr moyen de guérir l'ulcère ;
- que le risque opératoire couru par ces malades doit être ajouté au risque de la suture ou de l'aspiration, du point de vue vital.

INDICATIONS ET CONCLUSIONS

Il est évidemment très difficile de conclure de manière formelle. Les indications dans la perforation ulcéreuse tiennent certainement beaucoup au tempérament des chirurgiens. Nous n'espérons pas avoir trouvé la vérité.

I — Nous pouvons cependant affirmer que les ulcères qui se sont perforés sont spécialement dangereux et évolutifs. Les chiffres cités en font foi. Ceci est surtout vrai pour ceux qui évoluent depuis longtemps avant la perforation et ont déjà été à l'origine d'hémorragies. Il semble illogique pour cette catégorie d'ulcères de se contenter de traiter la perforation. L'opéré court un risque à ce moment-là et devra en prendre un supplémentaire quelques mois plus tard dans un certain nombre de cas. L'indication de gastrectomie est alors extrêmement défendable, et personnellement nous inclinierions pour cette solution. D'importantes statistiques ont démontré que la mortalité n'est pas plus élevée que celle qu'entraînent les deux autres modes de traitement et elle échappe à la principale cause de mortalité de la suture et de l'aspiration : la péritonite. Elle semble donc valable et utile dans un grand nombre de perforations ulcéreuses.

Quand la pratiquer ? L'adage de la 6^e heure a certainement disparu depuis l'apparition de l'aspiration. Si l'état général du sujet est bon une gastrectomie précoce n'est pas grave ; si la perforation survient dans de mauvaises conditions (après un repas, une radioscopie gastrique, chez un sujet âgé ou si elle est diagnostiquée tardivement) un traitement médical de 24 heures constitue certainement une précaution indispensable pour mener à bien le geste chirurgical. Il semble grave de prolonger celui-ci plus longtemps si on a l'intention de pratiquer une gastrectomie, car alors l'organisme déjà fatigué se défendra moins bien contre l'agression chirurgicale.

Les conditions locales, de ce fait, ne nous paraissent pas constituer de contre-indications de la gastrectomie d'emblée si l'on prend la peine de les transformer dans les 24 heures que l'on s'accorde avant d'intervenir — en particulier, les malades vus tardivement (15^e ou 20^e heure) peuvent être candidats à une gastrectomie en semi-urgence. L'âge ne nous paraît pas être une contre-indication puisque les sujets âgés ne se privent pas de complications ulcéreuses.

Il en va autrement pour les sujets vus très tardivement, déshydratés, au stade de l'occlusion terminale. Ils constituent évidemment des contre-indications formelles à toute chirurgie définitive. Mais ce n'est pas un grief contre la gastrectomie dans la perforation d'ulcère puisque, dans ces cas, on peut dire qu'il s'agit vraiment d'une affection totalement différente : aucun rapport entre une perforation à la 6^e heure et une occlusion terminale par péritonite. L'aspiration, longtemps réservée à ces cas désespérés, est loin d'être exempte de mortalité. Un traitement chirurgical dont le geste essentiel est constitué par une toilette péritonéale soigneuse, un drainage, nous paraît avoir plus de chances de succès. Il serait intéressant d'avoir des séries plus étendues de mauvais cas pour le démontrer avec certitude.

Les antécédents pathologiques autres qu'ulcéreux nous paraissent également des contre-indications à la gastrectomie : néphrite chronique, athérosclérose... ; les risques de complications intriquées paraissent trop importants à faire courir à l'opéré. Son ulcère est d'ailleurs moins grave que l'affection dont il mourra très certainement.

Excepté ces deux catégories nous serions enclins à proposer la gastrectomie à tout perforé présentant des antécédents ulcéreux nets remontant à 1 an. Suivant l'état général, nous le préparerions par 24 heures d'aspiration ou non.

II — Les perforations d'ulcères jeunes :

Elles constituent un cadre tout à fait différent. Il semble alors illogique de ne pas laisser au traitement médical (ou au malade lui-même) le soin de guérir l'ulcère, réservant la gastrectomie aux quelques 60 % de sujets qui souffriront à nouveau. L'aspiration peut constituer un traitement très valable, mais aussi très dangereux : c'est une question de surveillance et d'infirmières. Si l'un et l'autre ne peuvent être assurés, et si dans les 12 heures qui suivent la mise en place de la sonde intra-gastrique une intervention ne peut être entreprise à tout instant, il vaut mieux pratiquer d'emblée une suture. C'est somme toute le meilleur traitement de l'affection que constitue la perforation, car le plus facile et le moins risqué.

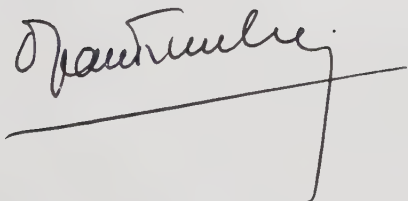
Ultérieurement, un traitement médical énergique doit bien sûr être entrepris. Si malgré celui-ci un syndrome ulcéreux apparaît, il ne semble point, à la lecture de nos résultats, nécessaire de le poursuivre trop longtemps, et une réintervention — gastrectomie ou Dragstedt — est indiquée formellement sans attendre l'apparition des complications.



Le Président de la Thèse :

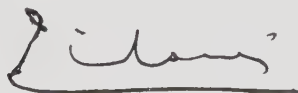
A handwritten signature in dark ink, consisting of a large, stylized initial 'J' followed by several loops and a long horizontal stroke at the bottom.

VU, le Doyen :

A handwritten signature in dark ink, featuring a large, stylized initial 'D' followed by several loops and a long horizontal stroke at the bottom.

VU et permis d'imprimer
LYON, le 21 Mai 1964

Le Recteur, Président du
Conseil de l'Université :

A handwritten signature in dark ink, consisting of a large, stylized initial 'R' followed by several loops and a long horizontal stroke at the bottom.

BIBLIOGRAPHIE

ADAMS G.

New-York J. Med. 60 (1291-94) — 1960.

Suite massive perforation of peptic ulcer in infants.

BAGER.

Acta Chir. Sc. Suppl. II — 1929.

Beitrag zur Kettis über vorkommen, klinik und behandlung von perforierten magen.

BERGVIST A. — SELDINGER J.I.

Acta Chir. Sc. 118 (137-145) — Déc. 1959.

Contrast roentgenography in differential diagnosis between perforated ulcer and acute pancreatitis.

BONFIELD E.H., TILDON T.T., WHITE J.E.

J. Nat. Med. Ass. 51 (415-19) — 1959.

Simple closure versus subtotal gastrectomy in the treatment of acute perforated gastroduodenal ulcer.

BITTMANN O. — KRALIK J., DUSEK J.

Zbl. Chir. 85 (1374-87) — 1960.

Perforation d'ulcère gastrique haut situé dans le ventricule gauche. 2 observations.

BRODETTI.

G. Italia Chir. 16 (687-95) — Sept. 1960.

Contribution à l'étude des perforations itératives des ulcères gastro-duodénaux.

BRADLEY.

Southern Med. J. 53 (1426-28) — 1960.

Treatment of perforated ulcer.

BLIKRA G.

Nord Med. 65 (320-24) — 1961.

Perforating ulcer. Primary and late results of various treatments methods.

BIRBIS, CONARDEAU et REGNIER.

Bordeaux Chir. 2 (62-63) — 1961.

Un signe peu connu de la perforation d'ulcère gastro-duodéal.

BERTANA V.

Osped Maggiore (78-82) — 1961.

Observation de certains faits constants sur le sujet des ulcères gastro-duodénaux perforés.

BARNICKELH H.

Bruns Butr. Klin. Chir. 202 (19-24) — 1961.

Réséction d'emblée dans les perforations d'ulcères.

BREYER M.

Thèse de Médecine — Nancy 1961.

BOWERS W.F., GEERTH, HUGUES C.W.

Arch. Surg. 82 (293-97) — 1961.

Perforated duodenal ulcer. Results of individualized surgical case.

BERTINI D. et CARRA F.

Policlinico Chir. 69 (253-60) — 1962.

La résection gastrique, traitement de choc de la perforation d'ulcère gastro-duodéal.

BENRED M.

J. Int. Coll. Surg. 38 (8-11) — 1962.

Subtotal gastrectomy for perforating peptic ulcer.

BYRNE J.J.

New-England J. Med. 266 (1265-7) — 1962.

Treatment of perforated peptic ulcer.

BUZZI G., SCEVOLA G., STANGULINO G.

Gazz. Med. Ital. 121 (153-8) — 1962.

Traitement chirurgical des ulcères gastro-duodénaux perforés. Considérations cliniques et statistiques.

CLAVEL C.

Lyon Chir. 1953 — 48 (723-32).

Etude statistique de 150 cas d'ulcères gastro-duodénaux perforés.

COURBIER R.

Marseille Chir. II (451-54) — Oct. 1959.

Perforations gastro-duodénales pendant des traitements à la delta-Cortisone (à propos de 3 cas).

CIMINATA A.

Minerva Chir. 14 (1053-54) — 1959.

La vraie mortalité dans les sutures simples des ulcères gastro-duodénaux perforés.

CHIAPPE G.

Harper Hosp. Bull. 18 (227-31) — 1960.

Perforated peptic ulcer. Review of 100 cases.

CORVIANA, BRATU et Coll.

Arch. Mal. App. dig. 49 (1020-26) — 1960.

L'hyperglycémie provoquée dans le diagnostic des ulcères gastro-duodénaux perforés.

CUKER J., CABROL C.

Mem. Ac. Chir. 86 (440-44) — 1960.

A propos d'un cas d'association de perforation ulcéreuse et d'hématémèse.

CHALNOT P., GROSIDIER et Coll.

Lyon Chir. 57 (236-42) — 1961.

Comment cerner actuellement le traitement des ulcères gastro-duodénaux perforés ?

COELI L. — TURCOTO C.

Acta Chir. Ital. 17 (595-606) — 1961.

Aspiration gastrique continue dans le traitement de la perforation d'ulcère gastro-duodéal. Observation de 128 cas. Résultats immédiats.

CECCALDI P. et TAHIRI M.M.

Maroc Med. 41 (759-61) — 1962.

Ulcère perforés de la population hospitalière de Casablanca. Considérations cliniques et thérapeutiques à propos de 80 cas opérés.

CAREVALI J.F. et REMINE W.M.

Postgr. Med. 32 (119-136) — 1962.

Radical versus conservative surgical management of acute perforated peptic ulcer.

DEUTSCH H.

Zbl. Chir. 85 (1215-19) — 1960.

Perforation d'un ulcère gastrique chez un nouveau-né. Guérison.

DANISH A.W. — LANDMAN M.P.

J.A.M.A. 173 (900-901) — 25 juin 1960.

Ruptur peptic ulcer during triamcinolone therapy : report of a case.

DESMOND A.H.

Calif. Med. 96 (315-20) — 1962.

Perforating peptic ulcer. Selective gastric resection emergency treatment.

DEROM F. — DEROM E. — DECOCK R.

Acta Chir. Belg. 61 (700-701) — 1962.

L'opération de Dragstedt dans le traitement de la perforation des ulcères duodénaux.

EPIFANOV N.S.

Khirurgiia 36 (13-17) — 1960.

Les résultats de 300 résections gastriques chez des sujets qui présentaient un passé de perforation ulcéreuse suturée.

EPIFANOV N.S.

Klin. Med. 41 (63-66) — 1960.

Résultats éloignés des gastrectomies chez les sujets présentant un ulcère perforé suturé dans leurs antécédents.

EDWARDS R.H. FOSTER J.H.

Amer. J. of Surg. 104 (551-4) — Oct. 1962.

Pneumoperitoneum in perforated duodenal ulcers.

FERRY C. — PIARD A.

Memb. Ac. Chir. 86 (153-55) — 1960.

Ulcère juxta-cardiaque géant compliqué d'hémorragie et perforation. Gastrectomie totale d'urgence.

FRIMANN DAHL S.

Acta Radiol. 57 (449-57) — 1962.

Positive contrast medium in perforated ulceration.

FONTAINE R., HIEBEL G., LANG G.

Lyon Chir. 1963 — 59 n° 5 (682-99).

L'aspiration continue à la manière de TAYLOR pour ulcère gastro-duodéal perforé en péritoine libre.

GUILLEMIN G.

Lyon Chir. T. 46 N° 1 (118-121) — 1951.

Gastrectomies d'urgence.

GUSTOVOI N.V.

Khirurgiia 35 (28-32) — 1959.

Remote results of treatment of perforated peptic ulcer by the method of suturing.

GRIFFITH C.A., STAVNEY L.S., KATAT.

Amer. J. Surg. 105 (13-23) — 1963.

Selective gastric vagotomy.

GIANI E.

Riforma Med. 75 (457-60) — 1961.

Considérations sur la méthode d'aspiration continue pour les ulcères gastro-duodénaux perforés.

Von HABERER.

Wien Klin. Wschr. 32 (413) — 1919.

Zur Therapic akuter geschwursperforationen des magens und duodenums in die freie bauchhoehle.

HARBRECHT et HAMILTON.

Ann. Surg. 152 (1044-48) — 1960.

Reappraisal of simple suture of acute perforated peptic ulcer. Indications for définitive operations.

HARDY J.D., WALKER Gr., CONN J.M.

Ann. Surg. 153 (911-33) — 1961.

Perforated peptic ulcers. An analysis of 206 cases consecutive with emphasis on pathophysiologic changes and deaths.

HASTINGS N. et MACHIDA R.

Amer J. of Surg. 102 (136-42) — 1961.

Perforated peptic ulcer : results after simple surgical closure.

HUTINEL J.

Mem. Ac. Chir. 87 (454-6) — 1961.

La place de l'aspiration gastrique suivie de la vagotomie et gastro-entéro-anastomose dans le traitement de l'ulcère gastro-duodéal perforé.

HERRINGTON J.L.

Surgery 49 (827-8) — 1961.

Can vagotomy be safely performed in conjunction with resection for the acute perforated duodenal ulcers.

HARBRECHT P.J. et HAMILTON J.E.

Arch. Surg. 85 (682-87) — 1962.

Vagotomy and emptying procedure in the treatment of acute perforated duodenal ulcer.

HARVEY H.D.

Arch. Surg. 86 (557-62) — 1963.

Emergency gastric resection for bleeding and perforation.

IVY, GROSSMANN, BACHRACH.

Philadelphia, Toronto 1950.

Peptic ulcer.

ISELIN M.

Perforations gastriques et duodénales asymptomatiques.

Helv. Chir. Acta 29 (418-37) — 1962.

JONES R.F.

Postgrad. Med. J. 36 (768-74) — 1960.

The selection of treatment for acute perforations of peptic ulcer.

JORDAN Gl. — DEBAKEY M.E.

Amer. J. Surg. 101 (317-24) — 1961.

The surgical management of acute gastroduodenal perforations. An analysis of 400 cases surgically treated including 277 treated by immediate subtotal gastrectomy.

JACKSON C.R.

Amer. J. of Surg. 28 (244-50) — 1962.

Gastro-duodenal perforations in the new born. Report of four cases treated surgically with three survivors.

JORDAN Gl. — DEBAKEY M.E.

Calif. Med. 98 (7-10) — 1963.

Acute gastro-duodenal perforation. An analysis of 496 patients treated surgically.

JORDAN Gl. — DEBAKEY M.E. — COOLEY D.A.

Amer. J. Surg. 105 (396-400) — 1963.

The role of resective therapy in the management of acute gastro-duodenal perforation.

KRAMP.

Ugesli Loebier — 1946 — 108 : 23.

Our resultaten of den medicinslike behandling of ulcussygdommenn.

KRUZHAEV V.V. — BOGATYREV M.F.

Voenomed Zh. 2 (29-32) — 1960.

On perforating and hemorrhaging ulcers of the stomach and duodenum.

KOZOLL D.D. et MEYER K.A.

Surg. Gyn. Obst. III (607-25) — 1960.

General factors influencing the incidence and mortality of acute perforated gastroduodenal ulcer.

KIRILLOVA.

Khirurgiiia 37 — 114-5 — Dec. 1961.

Perforation d'ulcère duodénal dans l'espace retro-péritonéal.

KOZOLL D.D. et MEYER K.A.

Chicago Med. 63 (13-17) - 1961.

Factors affecting the outcome of a perforated peptic ulcer.

KOZOLL D.D. et MEYER K.A.

Arch. Surg. 82. (528-44) — 1961.

Symptoms and signs in the prognosis of gastro-duodenal ulcers.

- KOZOLL D.D. et MEYER K.A.
Arch. Surg. 84 (646-61) — 1962.
Laboratory findings in acute perforated gastro-duodenal ulcer. A review of 1094 cases.
- KOZOLL D.D. et MEYER K.A.
Amer. J. Surg. 103 (577-88) — 1962.
Effects of surgery on morbidity and mortality in acute gastro-duodenal perforations.
- KINGSBURG M.A. et PENNOYER D.C.
Postgrad. Med. 31 (364-70) — 1962.
Treatment of acute perforations of peptic ulcers. A 25 years review.
- KONRAD R.M.
Arch. Dis. Child. 38 (158-60) — 1963.
Gastro-duodenal haemorrhage and perforation following cardiovascular surgery.
- LASSEN.
Arch. Surg. 1952 — 65 — 673.
Treatment of perforated peptic ulcer.
- LAGROT F., GRECO G. et LAVERGNE E.
Mem. Ac. Chir. 87 (753-5) — 1961.
La place de la vagotomie dans le traitement d'urgence des ulcères duodénaux perforés.
de MOURGUES J.
Thèse de Médecine — Lyon 1933.
- MALMROS et HIERTONN.
Acta Medica Sc. 1949 — 133-229.
A post-investigation of 687 medically treated cases of peptic ulcers.
- METZGER H., FONTAINE R., ULLMO A.
Bull. Soc. Fr. DERM. Syphil. 66 (242-43) — 1959.
Perforation duodénale chez un malade présentant une sclérodermie évolutive au 11^e jour du traitement par la Cortancyl.
- Van MEERBECK P.
Acta Chir. Belgica 58 (500) — 1959.
A propos du traitement des ulcères gastro-duodénaux perforés. Gastrectomie d'urgence — Série de 32 cas sans mortalité.
- MASSE P.
Mem. Ac. Chir. 86 (243-50) — 1960.
La place de la suture dans le traitement des perforations d'ulcères gastro-duodénaux.
- MIALARET J.
Mem. Ac. Chir. 87 (764-6) — 8 Nov. 1961.
A propos de l'usage de la vagotomie dans le traitement de la perforation d'ulcère gastro-duodénal.
- MEILLERE J. — AUROUSSEAU R. — SAIVE G.
Mem. Ac. Chir. 87 (762-3) — Nov. 1961.
5 cas d'ulcères pyloro-duodénal perforés traités par suture, vagotomie et gastro-entéro-anastomose.
- MULLER S.
Acta Chir. Sc. Suppl. 283 (255-66) — 1961.
On perforated gastric and duodenal ulcer with particular reference to the sex difference.
- MAGGI Ge. — GATTI G.
Minerva Medica 52 (69-76) — 1961.
Perforations médicales d'ulcères duodénaux invétérés.
- MAYNARD A. de L. et PRIGOT A.
Ann. Surg. 153 (261-71) — 1961.
Gastro-duodenal perforations. A report of 120 cases over a five and one half year period with consideration of the role of primary gastrectomy.

MATTANA P. — QUACQUARELLI Q.

Gazz. Int. Med. Chir. 67 (2252-64) — 1962.

Traitement des ulcères gastro-duodénaux perforés en péritoine libre.

MARINUCCI G. — PRESTA M.

Rass. Int. Chir. Ter. — 43 (79-85) — 1963.

Observation clinique et statistique des résultats immédiats et éloignés de 432 cas d'ulcères gastro-duodénaux perforés.

NORBERG P.B.

Acta Chir. Sc. Suppl. 249 (1-128) — 1959.

Results of surgical treatment of perforated peptic ulcer : a clinical and roentgenological study.

NUSSBAUMER A.

Ann. Chir. 15 (1269-72) — Oct. 1961.

A propos du traitement chirurgical des ulcères gastro-duodénaux perforés.

NAKAJIMA S. et Coll.

J. Ther. 44 (1811-18) — 1962.

Various problems in peptic ulcer perforations and its therapy.

PEYCELON R. et DUJOL H.

Lyon Chir. 1953 : 48 (863-66).

Réinterventions gastriques après perforations d'ulcères.

PESKAREVA K.K.

Khirurgiia 35 (100-102) — 1959.

Perforations itératives des ulcères gastro-duodénaux.

POLUEKTOV L.V.

Khirurgiia 35 (11-17) — 1959.

Comparaison des 2 méthodes de traitement des ulcères gastro-duodénaux perforés : la suture et la résection gastrique.

PIERANDOZZI J.S. — HINSHAWOB, STAFFORD C.E.

Amer. J. Surg. 100 (245-50) — 1960.

Vagotomy and pyloroplasty for acute perforated peptic ulcer. A report of 75 cases.

PEDERSEN L.M.

Nord Med. 64 (1166-67) — 1960.

Hemorrhagic perforation of gastric ulcer.

PALUMBO et SHARPE

Surgery 1950 (863-8) — Dec. 1961.

Acute perforated peptic ulcer. Evaluation of 160 consecutive patients treated by closure.

ROGERS et SCHULTZ.

Med. Arts Sci. 14 (108-14) — 1960.

Deaths due to perforated peptic ulcers.

ROGERS F.A.

Calif. Med. 93 (6-10) — 1960.

Serum amylase in peptic gastro-duodenal perforation. A study to determine the significance of abnormally high levels.

ROGERS F.A.

Surg. Gyn. Obst. III (771-78) — 1960.

Factors affecting the mortality from acute gastroduodenal perforations.

RIVES J.

Ap. Fr. Chir. 19 (183-4) — 1961.

Artifice technique facilitant la gastrectomie pour les ulcères perforés du bulbe duodénal.

ROGERS F.A.

Ann. Surg. 153 (228-40) — Feb. 1961.

Elevated serum amylase : a review and an analysis in 1 000 cases of perforated peptic ulcer.

- RAHBECK J. et WINDFELD P.
Nord Med. 67 (406-12) — 1962.
Perforated gastric ulcer treated conservatively. 10 years material.
- RAYMOND J.
Arch. Mal. APP. Dig. T. I (1250-52) — 1962.
L'opération de associée à la vagotomie dans le traitement des ulcères duodénaux perforés.
- REJMAN K.F.
Tinsht Labiariesallsli Handl 06 (18-21) — 1962.
Hemorrhagic perforation of a gastric carcinoma.
- ROYSTER M.P. — HARRISON J.M. — MARTIN C.S.
Arch. Surg. 86 (230-32) — 1963.
Acute perforated peptic ulcer. Treatment by primary definitive surgery.
- SERTOLI L. et BERTANA V.
Osped Maggiore 48 (663-76) — 1960.
Perforations en péritoine libre d'ulcère peptique post-opératoire.
- SPRINGORUM P.
BRUNS Beitr. Klin. Chir. 201 (441-7) — 1960.
Late results after perforation of gastro-duodenal ulcer.
- SAMSONOV.
Vestniki Chir. 85 (71-8) — 1960.
Analysis of 36 cases of perforation of gastroduodenal ulcer in combination with hemorrhage.
- SHAPIRO L.I.
Voenomed Zh. 2 (97-99) — 1960.
On the problem of the surgical method in perforated ulcer of the stomach and duodenum.
- SERFAS L.S. — RAYMOND B.A.
Ann. Surg. 155 (555-57) — 1962.
Ulcère gastrique perforé. Complication post-opératoire précoce des résections de aortiques.
- SCHUSTER J.R. — GROSS R.E.
Amer. J. Surg. 105 (324-33) — 1963.
Peptic ulcer d'scasse in childhood.
- TAYLOR H.
Gastroenterology 33 (353-68) — 1957.
The non-surgical treatment of perforated peptic ulcer.
- USOV D.V.
Voenomed Zh. 2 (32-34) — 1960.
On reote results of suturing of perforated ulcers of the stomach and duodenum.
- VOLPE A. — SINNO E.
Priforma Med. 74 (579-83) — 1960.
Vues courantes sur les ulcères gastro-duodénaux perforés — Revue de 211 cas.
- WEIR R.D. — WEBSTER C.D.
Scot. Med. J. 4 (481-85) — 1959.
Recovery following perforated peptic ulcer.
- WIEDINISSOW V.
G. Ital. Chir. 16 (49-60) — 1960.
Contribution clinique et statistique au traitement de la perforation gastro-duodénale par la gastrectomie d'urgence.
- WEILL J.P.
Strasbourg Med. 13 (602-609) — 1962.
Ulcères de cause médicamenteuse.
- YUDINE S.
J. Intern. Chir. 4 (219) — 1939.
Etude sur les ulcères gastro-duodénaux perforés.
- ZABOLOTIKOV P.V.
Khirurgiia 38 (35-40) — 1962.
On resctions of the stomach after suturing perforated gastro-duodenal ulcers.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	13
HISTORIQUE	15
CONDITIONS ETIOLOGIQUES ET ANATOMO-CLINIQUES DANS LESQUELLES SE PRÉSENTENT LES ULCÈRES PERFORÉS	19
TRAITEMENT	27
RÉSULTATS IMMÉDIATS	31
RÉSULTATS ÉLOIGNÉS	45
LES RÉINTERVENTIONS APRÈS PERFORATION ULCÉREUSE	59
INDICATIONS ET CONCLUSIONS	69
BIBLIOGRAPHIE	73
